



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ADLI TIP ANABİLİM DALI

**HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ, KUSURLU
TIBBİ UYGULAMALAR VE DEFANSİF TIP
UYGULAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. KÜBRA GÜLEÇ KALAMAN
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. İMDAT ELMAS

İSTANBUL-2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**HEKİMLERDE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ, KUSURLU
TIBBİ UYGULAMALAR VE DEFANSİF TIP
UYGULAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Dr. KÜBRA GÜLEÇ KALAMAN
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. İMDAT ELMAS

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

23/05/2019

TEZ DEĞERLENDİRME TUTANAĞI

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında gerekli uzmanlık süresini ve rotasyonlarını tamamlayan tıpta uzmanlık öğrencisi,

Dr. Kübra GÜLEÇ KALAMAN'ın

“Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki” konulu tezini **23/05/2019** tarihinde Jürimiz değerlendirmiş olup, **“tez yazım kurallarına uygun yazılması, bilimsel verilere dayandırılması, günlük uygulamalara katkı sağlaması ve aday tarafından etkin bir şekilde savunulduğu”** için başarılı bulunmuştur.

Dr. Kübra GÜLEÇ KALAMAN'ın Uzmanlık Eğitimi Bitirme Sınavı'na girmesi uygun görülmüş olup, bu tutanak düzenlenerek imza altına alınmıştır. **23/05/2019**

Jüri Başkanı
Prof. Dr. Nevzat ALKAN

Üye
Prof. Dr. İmdat ELMAS

Üye
Prof. Dr. Sermet KOC

TEŞEKKÜR

Asistanlığımın ilk günlerinden itibaren sakinliği, objektifliği ve deneyimi ile bana yol gösteren, motive edici konuşmaları ile beni cesaretlendiren ve tez çalışmamın tüm aşamalarında desteğini esirgemeyen çok değerli ve saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. İmdat ELMAS'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca her konuda bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım başta Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Nevzat ALKAN olmak üzere, saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Şebnem KORUR FİNCANCI, Prof. Dr. Şevki SÖZEN, Prof. Dr. Nadir ARICAN ve Prof. Dr. Ayşen Ufuk SEZGİN'e ve aramıza yeni katılan Doç. Dr. Sadık TOPRAK'a,

Adli tıp eğitimim süresince tüm tecrübelerini paylaşarak bu günlere gelmemde büyük emekleri olan çok değerli uzmanlarım Uzm. Dr. Birgül TÜZÜN ve Uzm. Dr. Cüneyt Destan CENGER'e,

Asistanlık serüvenimin mutlu ve huzurlu geçmesinde büyük katkıları olan çok sevgili asistan arkadaşlarım; Dr. Rasime TURAN, Dr. Bahtiyar Ali MUTLU, Dr. Selin SELEK, Dr. Hidayet ÇELİKKOL, Dr. Ahmet Metin ÜSTÜN, Dr. Ferhat KILIÇ, Dr. Zarif Asucan ŞENBAŞ, Dr. Elif Hilal FERTELLİOĞLU, Dr. Emel TEZCAN, Dr. İrem KILIÇ, Dr. Aybike AVGÖREN KAPOĞLU ve Dr. İlayda BAYRAM'a,

Anabilim Dalımızın vazgeçilmez üyeleri, birlikte çalışmaktan zevk aldığım Uzm. Hemşire Dilber ERDOĞDU DEMİRAL, Gülay ÇİL ve Emine ÖZKURT'a,

Koşulsuz ve sonsuz sevgileri ile her daim güçlü hissetmemi sağlayan, yaptığım tüm güzel işlerin esas mimarı, her şeyin en güzelini hak eden, en kıymetlilerim, annem, babam, ablam, kardeşim ve güzeller güzeli yeğenlerime,

Son olarak da varlığıma anlam katan, bana karşı ilgisini ve sevgisini cömertçe sunarak her daim yanımda olan sevgili eşim Oktay Kaan KALAMAN'a teşekkür ederim.

Dr. Kübra GÜLEÇ KALAMAN

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
ÖZET	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1 TÜKENMİŞLİK SENDROMU.....	6
2.1.1. Tükenmişlik Kavramı	6
2.1.2. Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu.....	7
2.1.3. Tükenmişlik Sendromunun Boyutları.....	10
2.1.3.1. Duygusal Tükenme	10
2.1.3.2. Duyarsızlaşma.....	11
2.1.3.3. Düşük Kişisel Başarı.....	11
2.1.4. Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler	12
2.1.4.1. Bireysel Nedenler	13
2.1.4.2. Çevresel Nedenler.....	15
2.1.5. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri	17
2.1.5.1. Fiziksel Belirtiler	18
2.1.5.2. Duygusal Belirtiler.....	18
2.1.5.3. Davranışsal Belirtiler	18
2.1.6. Tükenmişlik Tanısında Kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği	19

2.1.7. Tükenmişlik Sendromunun Önemi	20
2.2. TIBBİ UYGULAMA HATALARI	22
2.2.1. Tanımı	22
2.2.2. Dünyada Tıbbi Uygulama Hataları	24
2.2.3. Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hataları	28
2.2.4. Tıbbi Uygulama Hatası İle İlgili Kavramlar	29
2.2.4.1. Tıbbi Müdahale	29
2.2.4.2. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu	30
2.2.4.3. Sağlık Personelinin Uygulamaya Yetkisi	30
2.2.4.4. Aydınlatılmış Onam	31
2.2.4.5. Bakım Standardı	32
2.2.4.6. İzin Verilen Risk	32
2.2.5. Hekimlerin Tıbbi Müdahaleden Doğan Yasal Sorumlulukları	33
2.2.5.1. Cezai Sorumluluk	34
2.2.5.2. Hukuki Sorumluluk	35
2.2.6. Sık Karşılaşılan Tıbbi Uygulama Hataları	36
2.2.6.1. Aydınlatılmış Onam Eksikliği	36
2.2.6.2. Tanı Hataları	37
2.2.6.3. Tedavi Hataları	37
2.2.6.4. Konsültasyon Gecikmesi	38
2.2.6.5. Kayıt Hataları	38
2.2.6.6. Yönetim Kaynaklı Hatalar	39
2.2.7. Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik	39
2.2.8. Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası	40
2.3. DEFANSİF TIP	41
2.3.1. Tanımı	41
2.3.2. Dünyada Defansif Tıp Uygulamaları	42

2.3.3. Türkiye’de Defansif Tıp Uygulamaları	45
2.3.4. Defansif Tıp Uygulamaları	46
2.3.4.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	47
2.3.4.1.1. Sık Karşılaşılan Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	48
2.3.4.2. Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	49
2.3.4.2.1. Sık Karşılaşılan Negatif Defansif Tıp Uygulamaları.....	50
2.3.5. Defansif Tıp Uygulamasının Nedenleri Ve Çözüm Önerileri	51
3. GEREÇ VE YÖNTEM	53
3.1. Araştırmanın Amacı	53
3.2. Araştırmanın Türü	53
3.3. Araştırmanın Evreni	53
3.4. Araştırmanın Örneklemi	53
3.5. Çalışmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri.....	53
3.6. Etik Kurul Görüşü	54
3.7. Veri Toplama Araçları.....	54
3.7.1. Demografik Veri Formu.....	54
3.7.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	54
3.7.3. Tıbbi Uygulama Hatası Veri Formu	55
3.7.4. Pozitif Defansif Tıp Veri Formu	56
3.7.5. Negatif Defansif Tıp Veri Formu.....	56
3.8. Verilerin Analizi	57
4. BULGULAR.....	58
4.1. Demografik Bulgular	58
4.2. Tükenmişlik Bulguları.....	65
4.3. Tıbbi Uygulama Hatasına İlişkin Bulgular.....	86
4.4. Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Bulgular	104
5. TARTIŞMA	126

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	143
7. KAYNAKLAR	146
8. ETİK KURUL KARARI	161
9. EKLER.....	164
Ek 1. Çalışmamıza Ait Anket Formu.....	164
Ek 2. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Başhekimliği'nin izin yazısı.....	172
Ek 3. İl Sağlık Müdürlüğü'nün Haseki EAH, Dr. Sadi Konuk EAH ve Okmeydanı EAH'de yapılmasına ilişkin izin yazısı.....	173
10. ÖZGEÇMİŞ	174



KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ATK : Adli Tıp Kurumu

DT : Duygusal Tükenmişlik

DY : Duyarsızlaşma

KB : Kişisel Başarı

MTÖ : Maslach Tükenmişlik Ölçeği

NDT : Negatif Defansif Tıp

PDT : Pozitif Defansif Tıp

SPSS : Statistical Program For Social Sciences

TC : Türkiye Cumhuriyeti

TCK : Türk Ceza Kanunu

TUS : Tıpta Uzmanlık Sınavı

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çalışmaya katılan hekimlerin uzmanlık alanları	60
Tablo 2: Maslach Tükenmişlik Envanterindeki Duygusal Tükenme sorularına verilen cevaplar	65
Tablo 3: Maslach Tükenmişlik Envanterindeki Duyarsızlaşma sorularına verilen cevaplar	66
Tablo 4: Maslach Tükenmişlik Envanterindeki Kişisel Başarı sorularına verilen cevaplar	66
Tablo 5: Cinsiyet ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki.....	67
Tablo 6: Yaş aralıkları ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki	68
Tablo 7: Yaş aralıkları ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki	68
Tablo 8: Yaş aralıkları ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki	69
Tablo 9: Medeni durum ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki	69
Tablo 10: Çocuk varlığı ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki	70
Tablo 11: Hekimlikte geçirilen toplam süre aralıkları ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki	70
Tablo 12: Hekimlikte geçirilen toplam süre aralıkları ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki	71
Tablo 13: Hekimlikte geçirilen toplam süre aralıkları ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki	72
Tablo 14: Çalışılan kurum ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki	72
Tablo 15: Uzmanlık dalları ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki	73
Tablo 16: Uzmanlık dalları ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki.....	73
Tablo 17: Uzmanlık dalları ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki	74
Tablo 18: Mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süre ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki	74
Tablo 19: Mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süre ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki	75
Tablo 20: Mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süre ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki	75
Tablo 21: Unvanlar ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki	76
Tablo 22: Unvanlar ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki.....	76
Tablo 23: Unvanlar ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki	77

Tablo 24: Haftalık çalışma saati ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki	77
Tablo 25: Haftalık çalışma saati ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki	78
Tablo 26: Haftalık çalışma saati ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki	78
Tablo 27: Aylık nöbet sayısı ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki	79
Tablo 28: Aylık nöbet sayısı ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki	79
Tablo 29: Aylık nöbet sayısı ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki	80
Tablo 30: Hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki	80
Tablo 31: Hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki	81
Tablo 32: Hekimlerin şu anki branşını seçme nedenleri ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki	81
Tablo 33: Hekimlerin şu anki branşını seçme nedenleri ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki	82
Tablo 34: Hekimlerin şu anki branşını seçme nedenleri ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki	83
Tablo 35: Mevcut çalışma şartlarından memnuniyet değerleri ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki	84
Tablo 36: Mevcut çalışma şartlarından memnuniyet değerleri ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki	84
Tablo 37: Mevcut çalışma şartlarından memnuniyet değerleri ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki	85
Tablo 38: “Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar ile Duygusal Tükenme skoru arasındaki ilişki	87
Tablo 39: “Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar ile Duyarsızlaşma skoru arasındaki ilişki	87
Tablo 40: “Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar ile Kişisel Başarı skoru arasındaki ilişki	88
Tablo 41: Tıbbi uygulama hatası yapılması ile tükenmişlik alt boyutları arasındaki ilişki	95
Tablo 42: Kişisel Başarı skorları ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; çalıştığınız ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane koşullarının etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki	95

Tablo 43: Duygusal Tükenme skorları ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; çalıştığınız ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane koşullarının etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki..... 96

Tablo 44: Duyarsızlaşma skorları ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; çalıştığınız ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane koşullarının etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki 97

Tablo 45: Kişisel Başarı skoru ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; sosyal stres, sağlık problemlerinizi, yorgunluk gibi kendinize özgü olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki..... 97

Tablo 46: Duygusal Tükenme skoru ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; sosyal stres, sağlık problemlerinizi, yorgunluk gibi kendinize özgü olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki..... 98

Tablo 47: Duyarsızlaşma skoru ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; sosyal stres, sağlık problemlerinizi, yorgunluk gibi kendinize özgü olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki..... 99

Tablo 48: Duygusal Tükenme ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi sizden kaynaklı olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki..... 99

Tablo 49: Duyarsızlaşma ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi sizden kaynaklı olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki..... 100

Tablo 50: Kişisel Başarı ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi sizden kaynaklı olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki..... 101

Tablo 51: Tükenmişlik alt grupları ile “Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda kurum içi soruşturma açıldı mı?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki..... 101

Tablo 52: Tükenmişlik alt grupları ile “Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda dava açıldı mı?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki 102

Tablo 53: Tıbbi uygulama hataları ve önlemlere ilişkin hizmet içi eğitim alınması ile tıbbi uygulama hatası yapılma oranları arasındaki ilişki..... 102

Tablo 54: Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelenme sıklıkları ile tıbbi uygulama hatası yapılma oranları arasındaki ilişki..... 103

Tablo 55: Pozitif Defansif Tıp tutumuna ilişkin sorular ve verilen cevaplar	104
Tablo 56: Negatif Defansif Tıp tutumuna ilişkin sorular ve verilen cevaplar	105
Tablo 57: Cinsiyet ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki	107
Tablo 58: Yaş grupları ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki.....	107
Tablo 59: Medeni durum ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki.....	108
Tablo 60: Çocuk varlığı ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki.....	108
Tablo 61: Hekimlikte geçirilen toplam süre ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki	109
Tablo 62: Çalışılan kurum ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki.....	109
Tablo 63: Uzmanlık alanları ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki.....	110
Tablo 64: Mevcut uzmanlık dalında geçirilen süre ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki.....	110
Tablo 65: Unvanlar (asistan, uzman, uzman öğretim üyesi, doçent, profesör) ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki.....	111
Tablo 66: Unvanlar (asistan, uzman, öğretim üyesi) ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki.....	111
Tablo 67: Haftalık ortalama çalışma saati ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki .	112
Tablo 68: Aylık ortalama nöbet sayıları ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki	112
Tablo 69: Hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki.....	113
Tablo 70: Hekimlerin şu anki branşını seçme nedenleri ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki	114
Tablo 71: Hekimlerin mevcut çalışma şartlarından memnuniyetleri ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki	114
Tablo 72: Meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yapılması ile Defansif tıp skorları arasındaki ilişki	115
Tablo 73: Meslek hayatı boyunca hakkında tıbbi uygulama hatası nedeniyle kurum içi soruşturma açılıp açılmadığına ilişkin soru ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki.....	116
Tablo 74: Meslek hayatı boyunca hakkında tıbbi uygulama hatası nedeniyle dava açılıp açılmadığına ilişkin soru ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki	116
Tablo 75: “Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki	117
Tablo 76: Tükenmişlik alt grupları ile uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen uzmanlık alanı tercihinine ilişkin soru arasındaki ilişki.....	118

Tablo 77: Defansif Tıp skorları ile uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen uzmanlık alanı tercihinine ilişkin soru arasındaki ilişki.....	119
Tablo 78: Tükenmişlik alt grupları ile geçmişte uzmanlık alanı değişikliğine ilişkin soru arasındaki ilişki	120
Tablo 79: Defansif Tıp skorları ile geçmişte uzmanlık alanı değişikliğine ilişkin soru arasındaki ilişki	121
Tablo 80: Tükenmişlik alt grupları ile şu an uzmanlık alanı değişikliğinin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki.....	122
Tablo 81: Defansif Tıp skorları ile şu an uzmanlık alanı değişikliğinin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki.....	123
Tablo 82: Tükenmişlik alt grupları ile şu an mesleği bırakılması veya erken emekliliğin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki.....	124
Tablo 83: Defansif Tıp skorları ile şu an mesleği bırakılması veya erken emekliliğin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki.....	125
Tablo 84: Tükenmişlik alt grupları ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasındaki korelasyon analizi	125

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Cinsiyet dağılımı	58
Şekil 2: Hekimlikte geçen sürelerin hekimler arasındaki dağılımı.	59
Şekil 3: Çalışmaya katılan hekimlerin görev yaptıkları hastane dağılımları.....	59
Şekil 4: Mevcut uzmanlık dalında geçirilen süre dağılımları.....	61
Şekil 5: Hekimlerin unvan dağılımları	61
Şekil 6: Hekimlerin haftalık çalışma saati dağılımları	62
Şekil 7: Hekimlerin aylık ortalama nöbet sayısı dağılımları	62
Şekil 8: Hekimlik mesleğini seçme nedenlerinin dağılımı.....	63
Şekil 9: Hekimlerin mevcut branşlarını seçme nedenlerinin dağılımı	63
Şekil 10: Hekimlerin mevcut çalışma şartlarından memnuniyet dağılımı	64
Şekil 11: Hekimlerin tıbbi uygulama hataları ve önlemlere ilişkin hizmet içi eğitim alma sıklıkları ve tıbbi uygulama hatası endişesi sıklıkları.....	86
Şekil 12: Hekimlerin tıbbi uygulama hatası yapması durumunda sağlık personeli, hastane yönetimi, hasta ve hasta yakınları ile paylaşım sıklıkları.....	89
Şekil 13: “Sizce yapılan hataların hastaya söylenmesi kişilerin tıbbi ve hekimliğine güvenini azaltır mı?” sorusuna verilen cevaplar	89
Şekil 14: “Meslek Hayatınız Boyunca Tıbbi Uygulama Hatası Yaptınız Mı?” sorusuna verilen cevaplar	90
Şekil 15: Hekimlerin tıbbi uygulama hatası yapılmasında etkili olan faktörlere verdikleri cevaplar.....	91
Şekil 16: Hekimlerin zorunlu mesleki sorumluluk sigortasına ilişkin sorulara verdiği cevaplar	92
Şekil 17: “Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda kurum içi soruşturma açıldı mı?” ve “Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda dava açıldı mı?” sorularına verilen cevaplar	93
Şekil 18: Malpraktis iddiası ile hakkında dava açılanların dava süreci	93
Şekil 19: “Tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların ve hukuki yaptırımların yaşanan tıbbi uygulama hatalarını azaltacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar	94
Şekil 20: Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp, pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp uygulama oranları.....	106

Şekil 21: Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle “uzmanlık alanı” seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen bir uzmanlık alanı tercih edilip edilmediği sorusuna verilen cevapların yüzdesi 118

Şekil 22: “Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptım.” sorusuna verilen cevapların oranı 120

Şekil 23: “Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanı değiştirmeyi düşünüyorum.” sorusuna verilen cevapların oranı 122

Şekil 24: “Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleği bırakmayı veya erken emekliliği düşünüyorum.” sorusuna verilen cevapların oranı 123



ÖZET

Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar Ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki

Araştırmamızda üniversite ve eğitim araştırma hastanesinde görev yapan hekimlerin sağlık sistemi içerisindeki tükenmişlik düzeyleri, kusurlu tıbbi uygulamaları ile pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına eğilimlerinin tespiti ve bu tutumlarının nedenleri ile sorun alanları belirlenerek çözüm önerileri geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden 592 hekime Demografik Veri Formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Tıbbi Uygulama Hatası Veri Formu ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Veri Formundan oluşan anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analiz SPSS 21.0 (Statistical Programme Social Sciences) paket programı ile yapılmıştır.

Çalışmamızda; genç ve mesleki tecrübesi az olan, eğitim araştırma hastanesinde, dahili ve cerrahi bilimlerde görev yapan, haftalık çalışma saati fazla olan, nöbet tutan, mevcut uzmanlık dalını TUS puanına göre seçen, çalışma şartlarından memnun olmayan, tıbbi uygulama hatası yapmaktan çekinen, tıbbi uygulama hatası yaptığını belirten, uzmanlık alanı tercih ederken daha az riskli hastalarla uğraşan bölümleri seçen, şu an uzmanlık alanı değişikliği, mesleği bırakmayı yada erken emekliliği düşünen hekimlerin daha fazla tükendiği ve daha fazla defansif tıp uyguladığı anlaşılmıştır.

Sonuç olarak; uygulamadaki aksaklıkların giderilmesi için gerekli önlemlerin hayata geçirilmesi; hem hekimlerde tükenmişliği azaltıp iş doyumunu arttıracak, hem de tıbbi uygulama hatası veya dava endişesiyle yapılan defansif tıp uygulamalarını azaltarak hastalar tarafından alınan hizmetin kalitesini yükseltecektir.

Anahtar kelimeler: Hekim, Tükenmişlik Sendromu, Tıbbi Uygulama Hatası, Defansif Tıp.

ABSTRACT

In Physicians, Relationship Between Burnout Levels, Defective Medical Applications and Defensive Medicine Applications

In our study, it is aimed to determine the tendency of physicians working in the university and education research hospital to the burnout levels, defective medical practices and the tendencies of positive and negative defensive medicine in the health system and to determine the problem areas and to develop solution suggestions.

592 physicians who agreed to participate in the study were administered a questionnaire consisting of Demographic Data Form and Maslach Burnout Scale, Medical Application Error Data Form and Positive and Negative Defensive Medicine Data Form. Statistical analysis was done by SPSS 21.0 (Statistical Program Social Sciences) package program.

In our study; young and with little professional experience, working in education research hospital, internal and surgical sciences, having more than weekly working hours, keeping watch, choosing the current specialization according to TUS score, not satisfied with the working conditions, who choose to work in areas of less risk, who have been working with less risky patients, who now think about leaving the profession, leaving the profession or early retirement are more exhausted and more defensive.

As a result; implement the necessary measures to remedy the defects; both increase job satisfaction and decrease burnout in physicians, and reducing the fear of medical malpractice lawsuits or made defensive medicine practices will improve the quality of service provided to patients.

Key words: Physician, Burnout Syndrome, Medical Malpractice, Defensive Medicine.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında sağlık çalışanlarına yönelik tanımlanmış olup, uzun dönemde iş ile ilgili gelişen stresin ardından, zihinsel ve fiziksel enerji tükenmesi olarak kabul edilmektedir [1, 2]. Günümüzde kabul gören tanımı ise Maslach ve Jackson tarafından 1981’de yapılmıştır [3].

Maslach tükenmişliği, kişinin profesyonel iş yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan özsaygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entelektüel tükenmeyle karakterize bir sendrom olarak tanımlamış ve üç ayrı alt kategoriye ayırmıştır; duygusal tükenme, depersonalizasyon ve kişisel başarı eksikliği. Tükenmişliğin majör özellikleri enerji kaybı, motivasyon eksikliği, başkalarına karşı negatif tutum ve aktif olarak yakın çevresinden geri çekilmeyi içerir [3].

Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında insanların kişilik özellikleri rol oynayabilir, ancak içinde bulundukları iş koşullarının özellikleri bu konuda daha önemli olan risk faktörleri arasında yer almaktadır. Uzun yıllardan bu yana yapılan önemli araştırmalar tükenme riskinin doktorlar, hemşireler ve diş hekimleri gibi özellikle sağlık sektöründe çalışanlar, öğretmenler gibi insanlarla yüz yüze çalışan mesleklerde diğer mesleklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir [4-6].

İş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, kronik hastalar ile uğraşmak, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması “tükenme” de rol oynamaktadır. Tükenmişliğin en önemli sonucu, sunulan hizmetin nitelik ve niceliğinde bozulmalar olması şeklinde ortaya konulmakla birlikte, bireyler üzerinde de ciddi fiziksel ve zihinsel sorunlara yol açtığı bildirilmiştir. Sağlık çalışanları sürekli olarak hastaların ihtiyaçlarına karşılık vermekte, onların yaşamlarının en hassas yanlarıyla sürekli karşı karşıya kalmakta, yaşamları tehlike altında olan insanlarla çalışmakta, aile ve hastaların büyük beklentileri ile karşılaşmaktadırlar. Bu durum da onları yoğun stresle ve stresin doğurduğu sorunlarla karşı karşıya bırakmaktadır. Tükenmişlik, hekimlerde sağlık sorunlarına yol açabildiği gibi, hekim-hasta ilişkisinin zedelenmesine ve bazen hastaların tedavi sonuçlarının etkilenmesine neden

olabilmekte ve tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiasıyla dava açılma riskini arttırabilmektedir [1, 7].

Dünya Tabipleri Birliği'nin 1992 yılındaki 44. Genel Kurulu'nda tıbbi uygulama hataları "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" olarak tanımlanmıştır. Tıp biliminin standardına ve tecrübelerine göre gerekli olan özenin gösterilmemesi neticesinde ortaya çıkan uygunsuz her türlü hekim müdahalesi tıbbi uygulama hatası olarak tanımlanır [8].

Tıbbi uygulama hataları son yıllarda tüm dünyada etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle tartışılan çok yönlü ve geniş kapsamlı bir konudur. Hekimin hastayı ilk görmesinden başlayarak anamnez, tanı, tedavi ve izleme aşamalarında hastayla kurduğu ilişki tıbbi uygulamaların temel yapısıdır ve dolayısıyla hekim hasta ilişkisi tıbbi uygulama hatalarının esasını oluşturmaktadır [9]. Tıbbi uygulama hataları sadece hekimler için değil, hekimler dışında; hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi tüm sağlık personelinin, öneri veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların tamamını içermektedir [8].

Türkiye'deki tıbbi uygulama hatalarına ilişkin gelişmeler diğer birçok ülke ile benzerlik göstermektedir. Tıbbi uygulama hatalarına yönelik iddialar hızla artmakta, özellikle son yıllarda tıbbi uygulamalarla ilgili hem hukuk hem de ceza davalarında belirgin bir artış olduğu görülmektedir [10].

Sağlık sistemindeki sorunların artması; tıbbi uygulama hatası olgularının ve buna bağlı olarak ceza ve hukuk davalarının; mesleki sigorta işlemlerinin sayısının giderek artmasına yol açmaktadır. Bu durum, kısır bir döngü halinde bir yandan hekimleri tıbbi uygulama hatası ve benzer suçlamalara maruz bırakmakta; öte yandan defansif bir hekimlik anlayışının yayılmasına yol açmaktadır [11].

Defansif tıp uygulamaları; dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle hekimin kendisini malpraktis dava tehdidine karşı korumak amacıyla, tanı ve tedaviye yönelik gereksiz isteklerde bulunması ve medikal olarak onaylanmamış uygulamalara yönelmesini

içermektedir. Defansif tıp uygulamalarının iki ana formu vardır. Pozitif defansif tıbbi uygulamalar; tıbbi gerekliliği olmayan ilaçların reçetelendirilmesi, tıbbi gerekliliği olmayan konsültasyon istenmesi, endikasyon olmaksızın hasta için yatarak tedavi kararı alınması, tıbbi gerekli olmayan görüntüleme tekniklerine başvurulması ya da gereğinden fazla başvurulması, gerekli olmayan tıbbi tahlil ve testler talep edilmesi ya da gereğinden fazla talep edilmesi, sıkı ve detaylı kayıt tutma, hasta takibinin gereğinden fazla sıklaştırılması olarak ifade edilmiştir. Negatif defansif tıbbi uygulamalar; yaşamsal riske sahip hastalardan kaçınma, komplikasyon ihtimali yüksek tedavi yöntemlerinden kaçınma, agresif ve dava etme ihtimali bulunan ya da yakınları aynı ihtimali taşıyan hastalardan kaçınma, doğum gibi tıbbi uygulamaları gerçekleştirmeyi bırakma, hastayı bir başka sağlık kurumuna sevk etme tarzında olan kaçınma davranışları olarak ifade edilmiştir [8, 12-15].

Defansif tıp uygulamalarının gerçekleştirilmesindeki en güçlü etken, dava edilme korkusudur. İyi düzenlenmemiş yasal sistemler, hekimleri pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına zorlamaktadır. Malpraktis davalarının hekimleri bireysel olarak tehdit etmesi, sağlık sisteminin genel performansını da olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışma ortamı ile ilgili olumsuzluklar ve işe bağlı gerginlik nedeniyle oluşan tükenmişlik durumunun belirlenmesi de hekimlerin tıbbi hata yapmalarının ya da yapılan tıbbi hatalarda gösterecekleri tutumda etkili olacaktır [8, 13].

Tüm bu sorunlar karşısında hem hekimler hem de hastalara yönelik kaliteli bir ortamının sağlanabilmesi için tükenmişlik düzeyi, hatalı tıbbi uygulama ve defansif tıp uygulamaları arasındaki neden sonuç ilişkisinin bilimsel çalışmalarla ortaya konulmasına ve çözüm önerilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu tez çalışmasında; hekimlerin sağlık sistemi içerisindeki tükenmişlik düzeyleri, kusurlu tıbbi uygulamaları ile pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına eğilimlerinin tespiti ve bu tutumlarının nedenleri ile sorun alanları belirlenerek çözüm önerileri geliştirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 TÜKENMİŞLİK SENDROMU

2.1.1. Tükenmişlik Kavramı

Tükenmişlik, bireyin iş yerinde karşılaştığı zorluklara yanıt olarak geliştirdiği olumsuz duygusal reaksiyonlardır [16]. Bir başka deyişle tükenmişlik sürekli strese maruz kalmaktan kaynaklanan düşük öz saygı ve yeterlilik duyguları ile birlikte zihinsel ve fiziksel tükenme durumudur [17]. Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından ortaya atılmış olup; çalışanlar arasında iş stresine bağlı gelişen ve işlerinin gereklerini yerine getiremez bir duruma gelmelerine yol açan yorgunluk, hayal kırıklığı, zihinsel ve fiziksel enerji kaybı ile karakterize bir durum olarak tanımlanmıştır [17-21].

Freudenberger “tükenmişlik” kelimesinin sözlük anlamını “enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı talepler oluşturarak başarısızlığa uğramak, yıpranmak ve yorulup tükenmek” şeklinde ifade etmiştir [2]. İlk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından ortaya konulan tükenmişlik kavramı; yüksek oranda görülmesi, çalışanların işe katılımında ve sunulan hizmetin kalitesinde azalmaya neden olmasından ötürü pek çok meslek grubunda araştırma konusu olmuştur [1].

Tükenmişlik sendromu ile ilgili yapılan ilk çalışmalarda; sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, yargı ve eğitim dahil olmak üzere insanlarla çalışan çok çeşitli mesleklerde çalışanlarla görüşmeler, anketler ve saha gözlemleri yapılmıştır. Sonuçlar; tükenmişliğin çalışanlar tarafından sağlanan bakım veya hizmet kalitesinde bir bozulmaya neden olabileceğini göstermiştir. Ayrıca işten ayrılma, işe devam sorunu ve düşük moral ile de ilişkili bulunmuştur [22].

Özetle tükenmişlik, iş ortamına özgü bir sendrom olarak tespit edilmiş olup bireylerin iş stresine karşı oluşan tepkilerinde, işle ilgili tutum ve davranışlarında ortaya çıkan, olumsuz değişiklikler olarak tanımlanmaktadır [5].

Tükenmişlik sendromu için en ayrıntılı tanımlamayı ise Maslach yapmıştır [23]. Maslach ve Jackson, tükenmişliği yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları ve insanlara

yönelik olumsuz tutumlar ile belirginleşen fiziksel ve zihinsel bir tükenme sendromu olarak tanımlamıştır. Maslach ve Jackson’a göre; tükenmişlik, insanlarla çalışan bireyler arasında sıklıkla görülen bir duygusal tükenme sendromudur. Tükenmişlik sendromunun önemli bir yönü, duygusal tükenme duygularının artmasıdır. Duygusal kaynakları tükendiği için, çalışanlar artık kendilerini psikolojik olarak yetersiz hissederler. Ayrıca karşılarındaki insanlara karşı da olumsuz ve alaycı bir tutum ve duygulanım geliştirirler. Tükenmişlik sendromunun bir başka yönü de çalışanların kendileri mutsuz hissetmeleri ve başarılarından memnun olmamalarıdır [24].

Maslach ve Jackson 1986 yılında yayınlanan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği El Kitabı”nda, bu sendromun üç temel etmene bağlı olduğunu bildirmiştir. Bu etmenler: Duygusal tükenme “emotional exhaustion”, duyarsızlaşma “depersonalization”, kişisel başarıda azalmadır “reduce personal accomplishment” [22].

2.1.2. Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu

Tükenmişlik, sıklıkla insanlarla yoğun ilişki gerektiren mesleklerde çalışanları tehdit eden bir sendromdur ve baş edilemeyen stresin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Fiziksel ve psikolojik iç kaynakların, çalışma ortamının olumsuzlukları nedeniyle bitip tükenmesidir. Erken dönemde müdahale edilmezse, kişinin psikolojik, sosyal ve fiziksel hayatında zararlı ve kalıcı etkiler yaratabilir. Bu durum, çalışanlar kadar çalıştıkları kurumları ve hizmet sundukları bireyleri de olumsuz etkileyebilir. Dolayısıyla performans ile de yakın ilişkisi nedeniyle tükenmişlik sendromu, insanların verimli ve etkili çalışmalarını sağlayacak ortamları hazırlamakla sorumlu yöneticiler için de önemli hale gelmiştir. Özellikle sağlık personelinin mevcut işinde tutmak, korumak ve geliştirmek önemli bir sorun olarak karşımızda durmaktadır [5].

Tükenmişlik sendromunun nedeni tam olarak tespit edilememiş olsa da; insanlarla yüz yüze çalışan meslek gruplarında diğer meslek gruplarına oranla daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Başa çıkma mekanizmasını aşan bir talep ile karşılaşan kişide stres reaksiyonları davranış ve performansta azalma olarak kendini göstermektedir. Bu konuda çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Tükenmişlik sendromu, insanlarla yüz yüze çalışan başta hekimler olmak üzere tüm sağlık personelinde çok sık görülmektedir. Hekimlerin yoğun

şekilde stres yaşadıkları ve işleri gereği tükenmişlik sendromuna duyarlı oldukları yapılan çalışmalarla da belgelenmiştir [4].

Sağlık sektöründe çalışanlar, çalışma ortamlarındaki hastaların sürekli acı çekmesi, hastaların ölmesi, hasta ve hasta yakınlarıyla ilgili sorunlar, hasta yoğunluğu, personel ve ücret yetersizliği, kişiler arası rol çatışması, rol belirsizliği, ast-üst çatışmaları ve kurumlarda kariyer gelişiminin olmaması gibi tükenmişliğe yol açan çeşitli faktörlerle karşı karşıya kalmaktadırlar [5]. Doktorlar mesleklerini icra ederken hasta bakımının yarattığı kaygılar, düzensiz ve uzun çalışma saatleri, gece nöbetlerinin varlığı, empati kurma, belirsizlik karşısında sorumluluk alma zorunlulukları, ekip içi çatışmalar, rol belirsizliği ve zamana karşı yarış gibi bir çok sorunla yüzleşmektedirler [25].

Çok sayıda hastanın çok sayıda talebiyle, çok az zamanda ilgilenmek, tükenmişliğe zemin hazırlamaktır. Hasta sayısının çokluğu hastanelerde çalışan doktorların yaşadığı en önemli stresördür. Kısıtlı olan zamanlarını hastaları arasında nasıl paylaştıracığı konusu doktorlarda önemli gerginliklere yol açabilmektedir [5]. Hekimlerin insanlarla yüz yüze çalışmasının yanı sıra, aşırı hasta yükünün yarattığı gerginlik, belirsizlik ortamı içerisinde kritik kararlar alma sorumluluğu ve hata yapmaktan kaçınma baskısı da tükenmişlik sendromunun gelişimini artırmaktadır [7].

Hekimlerdeki tükenmişlik sendromu diğer mesleklerdeki tükenmişlik hislerinden farklı değildir, ancak neticesi sebebiyle doktorlarda görülen tükenmişlik sonucunda, hastaların sağlığı üzerinde yıkıcı sonuçlar gelişebileceğinden diğer mesleklerle göre daha farklı bir konumda ele alınması gerekir. Yapılan araştırmalarda en yüksek tükenmişlik sendromu endeksleri cerrahi, yoğun bakım ve onkoloji servislerinde görülmüştür. Bazı çalışmalarda da, psikiyatristlerin, diğer doktorlara ve cerrahlara göre tükenmişlik sendromuna karşı daha savunmasız olduklarını öne sürmektedir [4].

Tükenmişlik, ilgi kaybı, isteksizlik, yorgunluk, konsantrasyon eksikliği, anksiyete, uykusuzluk, sinirlilik ve bazen alkol veya ilaç kullanımının artması gibi birçok belirtilerle karşımıza çıkar. Bunlar içinde en belirgin olanı ise, kişinin işine ya da kişisel yaşamına olan ilgisinin bir kayıp olmasıdır [26].

Tükenmişlik, hekimlerde sağlık sorunlarına yol açmasının yanında, hastaların tedavi sonuçlarını da etkileyebilmektedir [7]. Yapılan çalışmalarda, dünya genelinde hekimin tükenmişliğinin üretkenlik üzerindeki potansiyel etkisinin olduğunu göstermekte [27] ve hekimlerdeki tükenmişliği önlemenin, tedavi hizmetlerinin iyileştirilmesindeki önemi özellikle vurgulanmaktadır [7].

Kumar'a göre; hekimlerin çalışma ortamında doğru bilgiyi doğru kişilere doğru zamanda verebilen iç iletişim sistemleri gibi örgütsel işlevsellik, hekimlerin yönetim tarafından desteklenmesi ve hastalardan takdir gördüklerini hissetmeleri gibi bireysel tatmin duygusu, kreş hizmetlerinin sağlanması ve mesai saatleri dışında iş ile ilgili çağrılar azaltılması gibi aile - iş arasındaki dengenin sağlanması ve mesleki gelişim fırsatlarının sağlanması olumlu bir çalışma ortamının özellikleri arasındadır [28].

Bu olumlu özelliklerin olmadığı veya daha az yaygın olduğu ortamlarda çalışan doktorlar, daha yüksek stres seviyelerini yaşayabilir ve tükenmişlik riski altında olabilirler. Aşırı iş yüküne, uzun çalışma saatlerine, yorgunluğa, duygusal etkileşimlere, tıbbi uygulamanın doğasından gelen taleplere, kısıtlı özerkliğe ve yapısal ve örgütsel değişikliklerin klinik uygulama üzerindeki etkisine bakılmadığı takdirde, iş ortamları tükenmişliği artırmaktadır [28].

Tıp uzmanlık mesleği doğuştan streslidir ve yüksek düzeyde bir özveri gerektirir. Önemli olan tıp uzmanlarının stres ve memnuniyetlerinin hem örgütsel hem de sağlık politikası düzeyinde sağlıklı bir şekilde ele alınmasıdır. Örneğin, hekimlerin ödüllendirilmesi, desteklenmesi ve kaynak ve hizmetlerden faydalanabilmesi kolaylaştırılarak hekimlerin üzerlerinde hissettikleri stresin azaltılması, sunulan hizmet kalitesindeki olumsuz sonuçları azaltabilir. Dahası, işte harcanan zaman ile evde geçirilen zaman arasında daha iyi bir denge elde edilebilir. Ödül ve destek, tercihen daha sistematik bir şekilde yönetimin hekimler ile iletişim halinde bulunması ve olumlu geri bildirim sağlaması ile de gerçekleştirilebilir. Böylece, hekimlerin her an yönetimin desteğini hissettikleri, güvenli bir çalışma ortamı oluşturulabilir [29].

2.1.3. Tükenmişlik Sendromunun Boyutları

Maslach’a göre üç temel boyutlu bir tükenmişlik modeli vardır. Bu modele göre tükenmişlik; işteki kronik duygusal ve kişilerarası stresörlere uzun süreli bir cevaptır. Daha spesifik olarak tükenmişlik; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarıyı içeren psikolojik bir sendrom olarak tanımlanır [30].

“Duygusal tükenme”, kişinin mesleği nedeniyle bıkkın ve tükenmiş hissetme duygularını; “duyarsızlaşma”, kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini; “kişisel başarı noksanlığı” ise bireylerin sorunların üstesinden gelememe ve kendini yetersiz görme duygularını ifade etmektedir [31].

Tükenmişlik sendromunun içsel boyutu olan duygusal tükenme; tükenmişliğin temel bireysel stres boyutunu temsil eder ve tükenmişliğin en önemli belirleyicisidir. Kişinin duygusal ve fiziksel kaynaklarının aşırı derecede tükenmesini ifade eder. Kişilerarası boyutu olan duyarsızlaşma; hizmet sunulanların birey olduğunu dikkate almaksızın, duygudan yoksun davranış ve tutumları içerir. Kişisel başarı eksikliği ise, tükenmişliğin öz değerlendirme boyutunu temsil eder ve yetersizlik hislerini ile işte başarı ve üretkenlik eksikliğini ifade eder [7, 32].

2.1.3.1. Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme tükenmişliğin en yaygın raporlanan ve en kapsamlı olarak analiz edilen bileşenidir. İnsanlar kendilerini ya da başkalarını tükenmiş olarak tanımladıklarında, çoğunlukla duygusal tükenme deneyiminden söz ederler [32].

Duygusal tükenme bileşeni, kişinin duygusal olarak aşırı bağımlı olmasını ve duygusal kaynaklarını tüketmesini ifade eder. Temelde kişiler yorgunluk ve enerji kaybı hissederler. Duygusal tükenmenin başlıca nedenleri işyerinde aşırı iş yükü ve kişisel çatışmalardır. İnsanlar kendilerini yenileme fırsatı olmaksızın tükenmiş ve kullanılmış hissederler. Yeni bir gün ya da yeni bir kişi ile yüzleşmek için yeterli enerjiye sahip değildirler. Duygusal tükenme bileşeni, tükenmişliğin temel stres boyutunu temsil eder [30, 33].

Kişi bu evrede duygusal kaynaklarının tükendiğini hissetmekte, duygusal bir yorgunluk yaşamakta ve çalıştığı kurumda hizmet verdiği kişilere geçmişte olduğu kadar verici ve sorumlu davranmadığını düşünmektedir. Dolayısı ile işe gitmeme, iş yerine saatinde gelmeme, psikosomatik yakınmalar nedeni ile işe devamsızlık, işten ayrılma gibi hem çalışanlar hem de kurum açısından verimsiz bir durum ortaya çıkmaktadır [25].

2.1.3.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma bileşeni, tükenmişliğin kişilerarası boyutunu temsil eder ve kişilerin kendinden ya da işlerinden uzaklaşmaları nedeniyle insanlara karşı olumsuz, vurdumduymaz veya aşırı derecede ilgisiz davranmaları anlamına gelir. Bu kişiler hizmet verdikleri kişilere karşı soğuk ve ilgisiz davranırlar. Bu davranışlar kişinin yaptığı işten olumsuz olarak etkilenmesini engellemek ve yoğun duygusal uyarılmadan korunmak amacıyla ortaya çıkmaktadır. Ancak bu soğuk ve mesafeli durum, insanlık dışı bir davranışa dönüşebilir [30, 32, 34].

Aslında, çalışanların hizmet verdikleri kişilere birer nesne gibi davranması, sözler kullanması, umursamaz, alaycı bir tutum sergilemelerinin altında bir yabancılaşma duygusu ve duygusal tükenmeye karşı duygusal bir savunma mekanizması yatmaktadır [25].

Duygusal tükenme yaşayan kişiler iş yüküyle başa çıkmanın bir yolu olarak, işinden duygusal ve bilişsel olarak uzaklaşmaya yönelik eylemler gerçekleştirirler. Duyarsızlaşma, kişinin insanı insan yapan nitelikleri göz ardı ederek kendisi ile hizmet verdiği insanlar arasında mesafe koyma çabasıdır. İnsanlar tükendiklerinde ve cesaretlerini kaybettiklerinde kayıtsızlık ya da alaycı bir tutum geliştirerek ve etrafındaki insanları nesnelleştirerek içerisinde bulundukları stres ortamını daha yönetilebilir hale getirmeye çalışırlar [32].

2.1.3.3. Düşük Kişisel Başarı

Kişisel başarıda azalma bileşeni, tükenmişliğin kişisel değerlendirme boyutunu temsil eder ve kişinin iş yerindeki yetkinlik ve üretkenlik duygularında azalması anlamına gelir. Bu düşük öz-yeterlilik duygusu, depresyon ve işin talepleriyle başa çıkamaması ile ilişkilendirilmiştir ve sosyal destek eksikliği ile daha da kötüleşebileceği belirtilmiştir.

Başkaları hakkında geliştirdiği negatif düşünceler nedeniyle de kendisini suçlu hisseden çalışanlar hizmet sundukları insanlara yardımcı olma yetenekleri konusunda giderek artan bir yetersizlik ve suçluluk hissi yaşarlar. Ayrıca bu kişiler, farklılık yaratacaklarına inandıkları yeteneklerine ilişkin duymuş oldukları güven duygusunu kaybederler ve bu da daha işe başlamadan vazgeçme ve başarısız olma kararı ile sonuçlanabilir [30, 35].

Kişi kendisi ile ilgili değerlendirmelerinin olumsuz bir nitelik kazanması sonucu, işle ilgili çeşitli olaylarda kendini yetersiz algılamakta ve iş yerindeki ilişkilerde de başarısızlık yaşamaktadır. Ayrıca harcadığı çabanın boşa gitmesi ve suçluluk duygusu da kişinin iş motivasyonunu düşürerek başarı için gerekli davranışları gerçekleştirmesini engellemektedir [25].

Tükenmişlik sendromunun gelişiminde ilk olarak duygusal tükenme ortaya çıkar. Kişi işinden yorulmaya ve işi için gerekli zihinsel gücü kendinde bulamamaya başlar. Sonra stresten kaçınmak için çalıştığı insanlara karşı nesne gibi duygusuz ve mesafeli davranarak duyarsızlaşma evresine girer. İş yerindeki bu olumsuz süreç devam ederse de tükenmenin son aşaması olarak bireysel başarı ve yeterlilik duygularında azalma hissi ortaya çıkar [6]. Sonuçta tükenmişlik sendromu, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın artmasının yanı sıra kişisel başarının azalması ile karşımıza çıkar [34].

2.1.4. Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler

Araştırmacılar arasında tükenmişliğin gelişimini etkileyen faktörler tartışmalıdır. Alandaki çalışmalarda tükenmişlik sendromunun gelişimine dair farklı sonuçlar yer almaktadır. Bazı araştırmacılar iş yükü, ödüllendirme, kontrol mekanizması, aidiyet eksikliği, çalışma saatleri, görev dağılımı, rol belirsizliği, meslektaşlara ilişkin problemler gibi işe bağlı çevresel ve örgütsel faktörlerin önemine işaret ederken; diğerleri yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslekte geçirilen süre ve kıdem gibi bireysel özellikler ve başa çıkma mekanizmaları gibi psikolojik faktörlerin etkinliğini göstermektedirler [7, 36, 37].

İşyerine ait çevresel faktörlerin tükenmişliğin gelişiminde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. İş yükünün fazla, çalışma saatlerinin uzun olduğu bir ortam bireylerin tükenmişlik düzeylerini etkileyebilir [20]. Bununla birlikte, bu faktörler neden aynı çalışma

koşulları altında, bir bireyde tükenmişlik hissi oluşumuna neden olurken diğerlerinde bunun gerçekleşmediği konusu tartışmalıdır [36].

Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında çalışma ortamının özelliklerinin yanı sıra çalışanların kişilik özellikleri de önemli rol oynar [20]. Tükenmişlik sendromu insanlarla birebir iletişim halinde olan hekimler, hemşireler, öğretmenler, polisler ve sosyal hizmet çalışanları gibi mesleklerde daha sık görülmektedir [6, 22]. Tükenmişlik sendromunun nedenleri bireysel ve çevresel nedenler olarak iki ana başlık altında değerlendirilebilir.

2.1.4.1. Bireysel Nedenler

Baş edilemeyen stresin sonucunda ortaya çıkan tükenmişliğin oluşmasında bireysel etkenlerin önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir [5]. Tükenmişliğin kişisel nedenleri arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma yılı, motivasyon düzeyi, benlik saygısı, güç, engellemeye dayanıklılık düzeyi, işe aşırı düşkün olma, kişisel beklenti düzeyi ve tolerans düzeyi sayılabilir [5].

Yapılan çalışmalarda; incelenen tüm demografik değişkenler içinde tükenmişlikle en tutarlı şekilde ilişkili olan parametrenin yaş olduğu tespit edilmiştir. Buna göre genç çalışanlar arasında tükenmişlik seviyesinin 30 veya 40 yaşın üzerindeki kişilerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir [32]. Medeni durumla ilgili olarak, evli olmayanların evli olanlarla karşılaştırıldığında tükenmişliğe daha eğilimli olduğu görünmüştür. Bu durumun özellikle erkekler arasında daha belirgin olduğu tespit edilmiştir. Bekarların da, boşanmış olanlardan daha yüksek tükenmişlik seviyeleri olduğu belirtilmiştir [32].

Bazı çalışmalar, daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanların, daha az eğitilmiş çalışanlara göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik bildirdiklerini ortaya koymuştur. Eğitimin meslek ve statü gibi diğer değişkenler ile ilişkisi düşünüldüğünde, yüksek eğitilmiş kişilerin işlerinde daha fazla sorumluluk ve daha yüksek strese sahip olmaları mümkündür. Ya da daha eğitilmiş insanların işlerinde daha yüksek beklentileri olabilir ve bu beklentiler gerçekleşmezse daha da üzücü olabilirler [32].

Maslach'a göre; insanların iş ortamında gösterdikleri tepkiler işleri ile ilgili beklentilere göre değişir. Bazı durumlarda bu beklentiler, hem işin doğası (örneğin heyecan verici, zorlayıcı, eğlenceli) hem de başarı elde etme olasılığı (örneğin hastaları tedavi etme, terfi etme) açısından çok yüksektir. Böyle yüksek beklentilerin karşılanamadığı bir çalışma ortamı tükenmişlik için önemli bir risk faktörüdür. Yüksek beklentiler insanların çok fazla çalışmasına ve çok fazla çaba sarf etmesine neden olmakta; gösterilen yüksek çabanın sonucunda beklenti karşılanamadığı zaman da tükenme kaçınılmaz olmaktadır [32].

Kumar; kötü işleyen örgütlerde çalışan çoğu insanda, uzun süre yüksek oranda strese maruziyet nedeniyle tükenmişlik sendromu riskinin yüksek oranda olduğunu, tükenmişlik gelişimine bazı demografik faktörlerin de katkıda bulunarak gelişim sıklığını arttırabildiğini belirtmiştir. Kumara'a göre; genç yaş, medeni durum, uzun çalışma saatleri ve düşük iş tatmini düzeylerinin yanı sıra kadın cinsiyetin de tükenmişlik sendromu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir [28].

Maslach'a göre; cinsiyet ile tükenmişlik arasında güçlü bir ilişki bulunamamıştır. Bazı çalışmalarda kadınlarda daha fazla tükenmişlik gösterilirken, bazılarında da erkeklerde daha yüksek tükenmişlik düzeyleri gösterilmiştir. Kalan çalışmalarda da kadın ile erkek arasında tükenmişlik oranları açısından genel bir farklılık bulunmamaktadır. Erkeklerin duyarsızlaşma evresinde sıklıkla kadınlara oranla daha yüksek puan alması cinsiyete bağlı tek tutarlı değişken olarak görülmektedir. Ayrıca, bazı çalışmalarda kadınların tükenme konusunda biraz daha yüksek puan alma eğilimi vardır. Bu sonuçlar belli mesleklerde belli cinsiyetteki kişilerin daha çok çalışmasına bağlı görülebilir. Örneğin polis memurlarının erkek olma olasılığı daha yüksekken, hemşirelerin kadın olma olasılığı daha yüksektir ve bu da sonuçları etkileyebilir [32].

Kişilik, insanların stresi nasıl algıladıklarında önemli bir rol oynar ve başa çıkma biçimlerini etkileyebilir, bu da tükenmişliğin gelişimine neden olabilir. Yapılan çalışmalar bazı kişilik özelliklerinin stres hissini artırabildiğini ve tükenmişliğin gelişimine katkıda bulunduğunu göstermiştir [36]. Bu bireysel faktörler gergin kişilik yapısı, kontrolsüzlük, güçsüzlük duygusu, başarısızlık korkusu, sınır koyamama, kendi ihtiyaç ile isteklerine özen göstermeme, aşırı çalışma, ekonomik sorunlar, sosyal izolasyon ve kendi değerlerinden ödün verme olarak belirtilebilir [38]. Ayrıca, ulaşılmaması olanaksız hedeflere sahip olmak, zihinsel

yorgunluk, bireyin kendisini aşırı güdülemeye çalışması, katı kurallar, her şeyi mükemmel yapma isteği, insanlarla sık sık karşı karşıya gelme ve zamanı gelmeden üst makamlara terfi etmek gibi faktörler de tükenmişliğe yol açmaktadır [5].

Sağlık çalışanlarının kendilerini tükenmişlik sendromuna daha yatkın kılan kişilik özelliklerine sahip olabileceği de öne sürülmüştür. Bazı araştırmalar, psikiyatristlerin kişilik özelliklerinden dolayı, stresli deneyimlerini içselleştirmeye eğilimli hale getirdikleri için tükenmişlik sendromuna yatkın olabileceğine işaret etmektedir. Bu da, kişilik özelliklerinin çevresel çalışma koşullarını algılayışını etkileyebileceğini ve maruz kalınan stres ile tükenmişlik hissi arasında ilişki olduğunu göstermektedir [4].

Tükenmişlik aynı zamanda işyerinde duygusal stresle başa çıkmadaki yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Strese tepkilerin, kullanılan baş etme stratejilerine bağlı olarak bireyler arasında değişebileceği iyi bir şekilde belgelenmiştir. Buna göre, bireylerin baş etme davranışları, aynı stresörlere maruz kalmanın neden bazılarında hiçbir olumsuz sonuç oluşturmazken bazılarında tükenmeye neden olabileceğinin açıklanmasına da katkıda bulunur [36].

İki tür stresle baş etme davranışından bahsedilmektedir. Bunlardan birincisi; sorun yaratan problemi yönetmeye ya da değiştirmeye çalışan problem odaklı başa çıkma davranışları iken ikincisi de tehdidi değiştirmek yerine tehditle ilişkili olumsuz duyguları azaltma girişimlerini içeren duygu odaklı başa çıkma davranışlarıdır. Her iki tür de insanlar tarafından sıklıkla kullanılır. Bununla birlikte, problem odaklı baş etme stratejilerinin kullanımının sorunu ortadan kaldırarak tükenmişliği önleyebileceği, duygu odaklı stratejilerin ise tükenmişliğe katkıda bulunduğu iddia edilmiştir [36]. Duygu odaklı başa çıkma, hekimler arasında da iş stresi ve tükenmişlik sendromu ile ilişkili bulunmuştur. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada, duygu odaklı başa çıkma mekanizmasında ve iş stresinde azalmanın duygusal tükenmede azalmaya yol açtığı gösterilmiştir [4].

2.1.4.2. Çevresel Nedenler

Kişisel faktörler arasında demografik değişkenler (yaş, eğitim durumu gibi), kişilik özellikleri ve işle ilgili tutumlar gibi bireysel özelliklerin birçoğunun tükenmişlik ile ilişkili

olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, Maslach'a göre; tükenmişliğin kişisel faktörlerle olan ilişkisi tükenmişlik ile çevresel faktörler arasındaki ilişki kadar belirgin değildir. Bu da tükenmişliğin bireysel bir sorundan çok sosyal bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır [32].

Tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasında insanların kişilik özellikleri kadar içinde bulundukları iş koşullarının özellikleri de önemli bir yer almaktadır [31]. İş ortamı, iş yükü, iş ilişkileri, rol karmaşası, mesleki kıdem, sosyal desteklerin azlığı, meslek tanımının açık bir biçimde yapılmamış olması, yönetimle ilgili sorunlar, ekonomik sorunlar, işyerinin fiziksel koşulları, ailesel ve toplumsal nedenler tükenmişliğin çevresel nedenleri olarak belirlenmiştir [5]. Hekimlerin tükenmesinde iş yükünün fazla olması, çalışma saatlerinin uzun olması, kronik hastalar ile uğraşmak, iş yerinde görev paylaşımı sorunlarının yaşanması büyük rol oynamaktadır [39].

Ayrıca bir başa çıkma aracı olarak sosyal desteğin de refah ve iş tatmini üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Daha çok sosyal desteğe sahip olanların, daha iyimser, daha az stresli ve daha az tükendikleri görülmüştür [4]. Sağlık çalışanlarındaki artan psikolojik stresin, ağır iş yükü, iş baskısı, hasta ile hasta yakınlarının şikayetleri, şiddet görme riski, zayıf yönetim biçimi, yetersiz kaynaklar, yetersiz eğitim, işte kontrol eksikliği, karar alma sürecine az katılım, düşük iş doyumu ve taciz ile ilişkili olduğu belirlenmiştir [5].

İş ortamında; sağlıklı fiziki çevre, kullanıma uygun yeterli araç-gereç, aynı dili konuşan bir ekip ile ekiple iyi iletişim içinde olma ve insan fizyolojisini zorlamayan çalışma saatleri gibi koşulların sağlanması çalışanların bu düzendeki bir ortamda işlerini sürdürebilmelerini, mesleği sevmeye, iş verimini yükseltme ve hizmeti beklenen düzeyde vermeyi de beraberinde getirebilir [5]. Artık çalışanların zaman, çaba, beceri ve esneklik açısından daha fazla vermeleri beklenirken, kariyer fırsatları, yaşam boyu istihdam, iş güvenliği ve benzeri konularda daha az ücret almaları beklenmektedir [32]. Bu tür yetersiz çevresel faktörler ve çalışma koşulları, çalışanlarda ister istemez bazı olumsuzluklar yaratmaktadır [5].

Ayrıca sağlık sisteminin doğurduğu sorunlardan biri de aynı sürede hizmet verilmesi gereken hastaların sayısında artmadır. Hizmet verilenlerin sayısı arttıkça duygusal tükenme ve insanlara karşı olumsuz yaklaşım riski de artmaktadır. Çok sayıda kişi ile belirlenen zamanda ilgilenme gerekliliği, hekimin hastası ile daha az zaman geçirmesine, hizmetin kalitesinde

azalmaya ve gerekli takiplerin yeterince yapılamamasına neden olmaktadır. Ayrıca çok sayıda kişi ile uğraşmanın verdiği duygusal gerilim, hekimi hastalarıyla daha az ilgilenmeye sevk etmektedir. Sonuç olarak artan iş yükü hoşgörüyü, tedavi hizmetinin yeterliliğini ve hasta memnuniyetini azaltmaktadır [1].

2.1.5. Tükenmişlik Sendromunun Belirtileri

Tükenmişlik yavaş ve sinsi başlayan, sürekli gelişen, kronik bir süreçtir. Bu yüzden her dönem, farklı özelliklerine göre değerlendirilmeli ve incelenmelidir. Bu değerlendirmelerin birbirini izlemesi, erken tanı ve önleme çalışmalarında önemlidir [5].

Bir iş yerinde tükenmişlik sorunu olduğunu gösterebilecek belirti ve bulgular, tükenmişliğin sonuçları olduğu kadar onu ortaya çıkartıcı ya da ilerletici etkenleri de göstermektedir. Bunlar; çalışanların işten uzak kalma süresinin artması, kurum çalışanlarında duygusal, kişilerarası ve bedensel sorunların artması, meslektaşlarla iletişim ve uyumda belirgin güçlüklerin olması, yapıcı eleştirilerin, yeniliklerin, üretken ve yaratıcı çabaların yetersizliği, güvensizlik ve çalışanların terfi ve mesleki gelecek konusunda belirsizlik yaşamalarıdır [34, 40].

Tükenmişlik yaşayan insanlar kendilerini sürekli gergin olarak tanımlamakta ve sinirlilik, duyarsızlık, keskin tavırların en baskın duyguları olduğunu belirtmektedirler. Bu tür duygular, insanların, işyerindeki çalışma arkadaşlarıyla, aileleriyle ve hizmet sunduğu insanlarla ilişkilerini olumsuz yönde değiştirmeye başlamaktadır [41].

Tükenmişlik sendromuna ait belirtiler “fiziksel”, “duygusal” ve “davranışsal” belirtiler olarak ayrılabilir. Bu belirtiler aynı zamanda tükenmişliğin sonuçları olarak da düşünülebilir [41, 42]. Tükenmişlik sendromunda baş ağrısı, iştahsızlık, yorgunluk, enerji kaybı gibi fiziksel belirtiler, mutsuzluk, güvensizlik hissi, umutsuzluk gibi duygusal belirtiler ile işe geç gelme, sık izin kullanma ve sonuçta iş bırakma eğilim gibi davranışsal belirtiler ortaya çıkmaktadır.

2.1.5.1. Fiziksel Belirtiler

Tükenmişlik yaşayan bireyde zamanla birtakım fiziksel şikayetler ortaya çıkmakta, kronikleşmeye başlayan rahatsızlıklar meydana gelmektedir [42]. Sık karşılaşılan fiziksel belirtiler; yorgunluk, güçsüzlük, enerji kaybı, yıpranma, hastalıklara daha hassas olma, sık baş ağrıları, bel ağrısı, bulantı, mide rahatsızlıkları, deri problemleri, uyku bozuklukları gibi yakınmalardır [18, 20, 31].

2.1.5.2. Duygusal Belirtiler

Tükenmişlik sendromu yaşayan bireylerde fiziksel belirtilerin yanı sıra duygusal belirtiler de kendini göstermektedir. Tükenmişlik sendromu yaşayan bireyin duygu durumu olumsuz etkilenmektedir [42].

Maslach ve arkadaşlarına göre de tükenmişliğin zihinsel işlev bozukluğuna neden olduğu yaygın bir varsayımdır; yani, endişe, depresyon, özgüvendeki düşmeler akıl sağlığı açısından olumsuz etkileri yaratır. Bununla birlikte zihinsel olarak sağlıklı olan kişilerin kronik stresle başa çıkma ve dolayısıyla tükenmişlik yaşama ihtimalinin daha düşük olduğu belirtilmektedir [32].

Sık görülen duygusal belirtiler ise; güvensizlik, kızgınlık, sabırsızlık, mutsuzluk hissi gibi negatif duygularda artışı olarak sayılabilir [31]. Bunlara ek olarak; dikkat ve konsantrasyon azalması, karar vermede güçlük, motivasyon eksikliği, ümitsizlik, değersizlik hissi, benlik saygısında azalma, aşırı duyarlılık, kolay sinirlenme, başkalarına karşı negatif tutum ve huzursuzluk karşımıza çıkmaktadır [1, 31].

2.1.5.3. Davranışsal Belirtiler

Kişi olumsuz fiziksel ve duygusal bulgular nedeniyle zamanla kendine, işine, aile ve sosyal hayatına karşı negatif tutumlar geliştirebilir. Sorumluluklardan uzaklaşma, düşük performans sergileme, işe geç kalma, işi savsaklama ve sonuçta işi bırakmaya varan davranışlar görülebilir [18, 20, 31, 43].

Davranışsal belirtiler olarak; sigara ve alkol kullanımında artış, işe karşı ilgi kaybı, üretkenlikte azalma, işleri erteleme, hiç almama, işe geç gelme, sık izin ve mazeret kullanma, iş bırakma eğilimi, meslektaşlarla ilişkinin bozulması gibi belirtiler karşımıza çıkmaktadır [1].

Tükenmişlik, çalışma hayatında devamsızlık, işten ayrılma niyeti ve sık iş değiştirme gibi çeşitli geri çekilme biçimleriyle ilişkilendirilmiştir. Mevcut işte çalışmaya devam eden insanlar için tükenmişlik, işte daha düşük üretkenlik ve etkinliğe sebep olmaktadır. Bu durum, azalan iş tatmini ve işe ya da organizasyona verilen bağlılık ile ilişkilidir. Tükenmişlik yaşayan insanlar, hem kişisel çatışmalara neden olarak hem de sorumlu oldukları işlerini yapmayı keserek meslektaşları üzerinde olumsuz bir etkiye neden olabilir. Bu nedenle tükenmişlik “bulaşıcı” olabilir ve iş ortamındaki etkileşimler yoluyla kendisini devam ettirebilir [32].

2.1.6. Tükenmişlik Tanısında Kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği

1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), 1993 yılında Ergin tarafından Türkçeye uyarlanmıştır [44]. Maslach tükenmişlik sürecini alt kavramlar oluşturarak ve bunlar için bağımsız ölçekler geliştirerek daha belirgin hale getirmiştir [22].

Maslach'a göre sendromu oluşturan birbirinden bağımsız alt başlıklar şöyledir [22, 44]:

- Duygusal tükenme
- Duyarsızlaşma
- Kişisel başarıda azalma

Toplamda 22 maddeden oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ); 5 dereceli (0: Hiçbir zaman, 1: Çok nadir, 2: Bazen, 3: Çoğu zaman, 4: Her zaman) likert tipi bir ölçektir [1]. Duygusal tükenme, enerji yoksunluğu ve bireyin duygusal kaynaklarının tükendiği hissine kapılmasını ifade etmektedir [45, 46]. Bu alt boyutta yorgunluk, bıkkınlık ve duygusal enerjinin azalması ile ilgili 9 madde yer almaktadır [47, 48]. Duyarsızlaşma, diğerlerine ilgi

göstermemeyi, uzaklaşmayı, aldırış etmemeyi ifade etmektedir. Bu alt boyutta bireyin kendisini ve hizmet verdiği kişileri insancıl olmayan tarzda algılaması ile ilgili 5 madde yer almaktadır [49]. Bireysel başarıda azalma, işe ve iş gereği karşılaşılan kişilerle ilişkilere bağlı başarı ve yeterlilik duygularında azalmayla ortaya çıkar [22]. Bu alt boyutta kişisel başarı hissine ait 8 madde yer almaktadır [49].

- Duygusal tükenmeye ilişkin 9 madde (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20),
- Duyarsızlaşmaya ilişkin 5 madde (5, 10, 11, 15, 22),
- Kişisel başarıya ilişkin 8 madde (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) [1, 47, 48, 50, 51].

Duygusal Tükenme (DT) ve Duyarsızlaşma (DY) alt boyutlarına ilişkin sorular olumsuz yanıtlar içerirken, Kişisel Başarı (KB) alt boyutuna ilişkin sorular olumlu yanıtlar içermektedir. Ölçeğin ve alt ölçeklerinin kesme puanı yoktur. Tükenmişlik sendromu olan bireylerde Duygusal Tükenme (DT) ve Duyarsızlaşma (DY) alt ölçeklerinden elde edilen puanların yüksek olması, yüksek tükenmişlik düzeyini gösterirken, düşük Kişisel Başarı (KB) alt ölçek puanı yüksek derecede tükenmişliği gösterir [7, 52].

2.1.7. Tükenmişlik Sendromunun Önemi

Hem bireysel hem de çalışma ortamı için tükenmişlik ciddi sonuçlarla olan bağlantılarından dolayı büyük önem taşımaktadır [32].

Maslach ve Leiter tükenmişliği “insanların ne olduğu ile ne yapmak zorunda olduğu arasındaki uyumsuzluk indeksi” olarak tanımlamışlardır. Tükenmişlik; değerler, onur, ruh ve isteklerde meydana gelen bir erozyonu temsil etmektedir. Maslach ve Leiter tükenmişlik nedenlerini işyerinin sosyal ortamına bağlamakta ve altı belirli tükenmişlik kaynağından söz etmektedir. Bunlar aşırı iş yükü, kontrol eksikliği, yetersiz ödüllendirilme, adaletsizlik, toplumun bozulması ve değer çatışmasıdır [53]. Felton’a göre tükenmişlik, farkındalığın artması ve tanımlandığında tedavi edilmesi gereken bir meslek hastalığıdır [5, 54].

Yoğun bir tükenme durumu kişide psikosomatik bozukluklara, aile yaşantısında sorunlara, uykusuzluk, alkol ve madde kullanımına neden olabilmektedir. Kurumsal açıdan ise tükenme, çalışanların işe geç gelmesi, erken ayrılması, işi bırakması, sık sık rapor alması,

işte yeniliğin, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin eksikliği gibi sorunlarla kendini göstermektedir [25, 34, 44, 47].

Hizmetin kalitesinde insan etmeninin çok önemli bir yere sahip olduğu alanlarda sıklıkla görülen tükenmişlik; ekonomik zararlara, çalışanların işten ayrılmasına neden olmaktadır. Yalnızca kişisel değil, kurumsal, toplumsal ve sağlık politikalarıyla ilgili boyutları da olan bu sorunun çözülebilmesi için öncelikle “tükenmişlik” olgusunun tanınır olması gerekmektedir [31].

Yapılan birçok çalışmada tükenmişlik sendromu ile iş performansı arasında ilişki saptanmıştır. Tükenmişlik, işten ayrılma, devamsızlık ve görev yeri değişikliği gibi işten çıkmanın çeşitli biçimleriyle ilişkilendirilmiştir. İşte kalan insanlar için ise tükenmişlik, bulunduğu pozisyonda daha düşük üretkenliğe ve etkinliğe yol açar. Sonuç olarak; iş tatmini ve iş veya organizasyona olan bağlılığın azalmasına neden olur [32].

Tükenmişlik yaşayan insanlar, hem daha fazla kişisel çatışmaya yol açarak hem de iş yerindeki görevlerini aksatarak meslektaşları üzerinde de olumsuz bir etki yaratabilirler. Bu nedenle tükenmişlik “bulaşıcı” olabilir ve iş yerindeki etkileşimlerle giderek büyür. Tükenmişliğin, insanların ev hayatında olumsuz bir “yayılma” etkisi olduğuna dair bazı kanıtlar da vardır [32]. Tükenmişliğin önemli bir sonucu olarak sunulan hizmetin kalitesi bozulmakta, kişide psikosomatik rahatsızlıklar ortaya çıkmakta veya var olanlarda artış gözlenmektedir. Başlangıçta bireysel olarak başlayan sendrom, ilerleyen dönemde iş, sosyal ve aile yaşamını da etkilemeye başlamaktadır [1].

Tükenmişlik, hekimlerde sağlık sorunlarına yol açabildiği gibi, hekim-hasta ilişkisinin zedelenmesine ve bazen hastaların tedavi sonuçlarının etkilenmesine neden olabilmektedir [7]. Hastane kliniklerinin çoğunda hastalar ile çalışanlar sürekli olarak birbiriyle etkileşim halindedir. Ayrıca kliniklerde, destekleyici çabalara rağmen hastaların ölmesi ya da acı çekmesi gibi tükenmişlik nedeni olan bazı durumlar kaçınılmazdır. Çoğu hasta ve hasta yakını, yaşadığı stresi sağlık personeline yansıtabilmektedir. Ancak tükenmişliğe gösterilen tepkiler ve sonuçlar değiştirilebilir. Sağlık personelinin gereksinim duyduğu destek türü belirlenerek, personelin yaşadığı tükenmişlik nedenleri ve sonuçları anlaşılabilir [5].

Hastalara sunulan bakım ve hizmetin kalitesinin artırılması ancak çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasıyla olanaklıdır [25]. Sağlık personelinin yaşadığı sorunların en aza indirilmesi ve ihtiyaçlarını giderecek mekanizmaların oluşturulmasıyla hastalara daha kaliteli hizmet sunulabilecektir. Uygun ortamın sağlanmaması durumunda ise bireysel düzeyde doyumsuzluk, işten uzaklaşma, tükenmişlik, üretkenlikte azalma ve bezginlik yoğun olarak yaşanırken, örgütsel düzeyde işlevsiz, etkisiz ve kalitesiz bir hizmetle karşı karşıya kalınmaktadır [5]. Bu risk faktörlerini göz önünde bulundurmamak, hizmet sağlayıcılarının daha riskli bölümlerdeki doktorlara daha fazla destek sağlamasına ve “risk altındaki” nüfusun taranmasına yardımcı olabilir [28].

2.2. TIBBİ UYGULAMA HATALARI

2.2.1. Tanımı

Tıbbi uygulama hatası olarak dilimize çevrilen malpraktis, Latince “male” ve “prakxis” kelimelerinden köken almış olup, “kötü, hatalı uygulama” anlamına gelmektedir [8, 9, 55].

Bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri olarak tanımlanan malpraktis ifadesi günümüzde daha çok sağlık alanında tıbbi uygulama hatasının karşılığı olarak kullanılmakta ve hekimin hastayı ilk görmesinden başlayarak anamnez, tanı, tedavi ve izleme gibi tıbbi bakımın her aşamasında ilaç kullanımından hastane enfeksiyonlarına kadar ortaya çıkabilecek ve hastaya zararı dokunan tüm tıbbi kusur veya hataları kapsamına almaktadır [8, 9].

Tıbbi uygulama hataları olayın tarafları, oluşumundaki etkenler, sağlık çalışanları ve sisteme ait sorumlulukları ile çok bileşenli bir problem özelliği taşımakta ve son yıllarda etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle tüm dünyada tartışılmaktadır [9, 56].

Malpraktis; ABD Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) tarafından hastaya sunulan sağlık hizmeti esnasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız ve beklenilmeyen sonuçlar olarak tanımlanırken, The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations tarafından ise; sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlanmaktadır [57, 58].

1992 yılında Dünya Tabipler Birliği 44. Genel Kurulu'nda "tıpta yanlış uygulama" konulu bir tebliğ yayınlanmıştır. Bu tebliğde tıbbi uygulama hatası "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" olarak tanımlanmış olup tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumların ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır [8, 59, 60].

Türk Tabipler Birliği Meslek Etiği kuralları 13. maddesinde ise "Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi hekimliğin kötü uygulanması anlamına gelir." denilmektedir. Tıp profesyoneli olan hekim, mesleki faaliyetleri sırasında izin verilen risk (komplikasyon) çerçevesinde uygulamalarını yapmakta ve meydana gelen komplikasyonlardan sorumlu tutulmamaktadır. Ancak hekimin dikkat ve özen yükümlülüğü bulunmakta ve standartların dışına çıkmasına neden olan dikkat ve özen eksikliğine bağlı gelişen risklerden sorumlu olduğu kabul edilmektedir [61]. Türk Tabipler Birliği'nin 2010 yılında yayınladığı Tıbbi Uygulama Hataları Bildirgesi'nde "tıbbi uygulamadaki bilgi, beceri eksikliği ya da ihmal sonucu hizmet sunulan kişinin sağlığında zarar oluşması" olarak da belirtilmektedir [62].

Sağlık bakanlığı tarafından hazırlanan Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı'nda tıbbi kötü uygulama "sağlık personelinin kasıt, kusur ve ihmali ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği ile yanlış ya da eksik teşhiste bulunması ya da hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durumlar" olarak belirtilirken standart tıbbi uygulama "bilimsel olarak kabul edilmiş tıbbi uygulama kurallarına uygun olarak yapılan işlemler" olarak belirtilmiştir [63].

Tıbbi standart, tıbbi tedavi hedefine ulaşmak için gerekli olan ve deneysel tıp alanında da kendini kanıtlamış olan bilimsel bilgi ve tıbbi deneyimin mevcut durumunu temsil eder. Tıbbi standart, iyi tıbbi uygulamaların sağlanabilmesinde doğru ve en güvenli yolu gösteren rehberdir. Bu nedenle tıbbi uygulamalarda; standartlara uygun davranılıp davranılmadığının tespiti, tıbbi uygulama hatasına yaklaşımda anahtar noktadır [64].

Tıbbi uygulama hatası "hastanın yaralanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açılarından, başarısızlık veya yanlış uygulama" olarak da tanımlanmaktadır. Sonuç olarak; tıbbi uygulama hatası, standartlardan

sapma anlamına gelmektedir [65, 66]. Tıbbi uygulama hataları sağlık hizmetini sunan hekim ve hemşirelerin yanı sıra hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların tamamını kapsamaktadır [8, 67, 68].

Tıbbi uygulama hatası çoğu zaman birçok nedene bağlı olarak meydana gelmektedir. Çevresel nedenler ve tıbbi cihazlar gibi faktörlerin yanında genellikle en önemli neden insan faktörüdür. İnsan faktörü ile kastedilen ise bilgi, beceri, dikkat ve özen eksikliği, muhakeme hataları ve benzeridir. Tıbbi uygulama hatasının genellikle iç içe geçmiş faktörlere bağlı olarak karşımıza çıkmasının ana nedeni tıbbi bakımın bir ekip işi olmasıdır [68].

2.2.2. Dünyada Tıbbi Uygulama Hataları

Tıbbi uygulama hataları olayın tarafları, oluşumundaki etkenler, sağlık çalışanları ve sisteme ait sorumlulukları ile çok bileşenli bir problem özelliği taşımakta ve son yıllarda etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle tüm dünyada tartışılmaktadır [9, 56].

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tıbbi uygulama hatası yasası, İngiliz ortak hukukundan türetilmiştir ve çeşitli devlet mahkemelerinde verilen kararlar ile geliştirilmiştir. Tıbbi uygulama hatası davaları Amerika Birleşik Devletleri'nde nispeten yaygın bir durum olup [69], 1960'lı yıllarda kademeli olarak, 1970'li yıllarda da çarpıcı bir biçimde artış göstermiştir [70].

ABD'de hastanede yapılan tıbbi uygulama hatalarına bağlı meydana gelen ölümler önemli bir gündem oluşturmaktadırlar. ABD'de tıbbi uygulama hatası tartışmalarında daha da ön plana çıkan ve hasta hakları ile ilgili tüketicilerin sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için oluşturulan sağlık komisyonunun Mart 1998'de yayınladığı sonuç raporunda;

1. Hastanın bilgilendirilmesi tedavi programı, doktor ve sağlık hizmetleri açısından, açık ve anlaşılır biçimde yapılmalıdır (başka bir dilde konuşuyor, fiziksel ve zihinsel özürli veya anlaması güç olsa dahi).

2. Hasta sağlık hizmeti araçlarını ve sağlayıcılarını seçme hakkına sahiptir.

3. İzin ve finansal garantisi olmaksızın acil servis hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır.

4. Hastanın tedavi seçenekleri veya tedavisinde karar vermeye katılım hakkı vardır (hasta kendi yerine birini de tayin edebilir).

5. Hastaya sağlık personeli, doktor veya sağlık hizmetleri sağlayıcılarının saygı gösterme ve ayrımcılık yapmama zorunluluğu vardır.

6. Hastanın sağlığı hakkındaki bilgileri saklatma ve kayıtları alma hakkı vardır.

7. Hasta kendisine verilen sağlık hizmetlerini en hızlı, en adil ve en iyi şekilde almalıdır. Aksi durumda şikayet etme hakkına sahiptir denilmiştir [8].

Amerika'da sağlık hizmet personeli hatalı tıbbi uygulama sebebiyle kanuni olarak sorumlu tutulmakla birlikte hasta veya hasta yakını hatalı tıbbi uygulamaya bağlı zarar gördüğünü kanıtlamak zorundadır [71]. Amerika'da tıbbi uygulama hatasına maruz kaldığını iddia eden hastanın, malpraktis davası için genel olarak 4 unsurun varlığını kanıtlaması gerekir. Bu unsurlar şunları içerir:

1. Hastaya bakım veya tedavi sağlamak için doktorun yasal bir görevinin varlığı,
2. Bu görevin, tedavi eden doktorun meslek standartlarına uymamasına bağlı ihlal edilmesi,
3. Bu görev ihlali ile hastanın yaralanması arasında nedensel bir ilişkinin varlığı,
4. Yasal sistemin tazminat verebileceği şekilde yaralanmadan kaynaklanan bir zararların varlığı [69].

Tıp Enstitüsü (Institute Of Medicine-IOM) 1999 tarihli raporunda ABD'de tıbbi hatalardan kaynaklanan tahmini ölüm insidansının yıllık 44.000-98.000 düzeylerinde olduğunu belirtmiştir [8, 72].

ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Dairesi Genel Müfettişlik Bürosu'nun hastaların hastanedeki sağlık kayıtlarını inceleyerek 2010 tarihinde yaptığı araştırmada; sağlık sigortası yararlanıcıları arasında tıbbi hata nedeniyle yılda 180.000 kişinin öldüğü belirtilmiştir [73]. 2013 tarihinde yapılan bir literatür taramasında ABD'de hastanede yatan hastalarda tıbbi hatalarla ilişkili ölüm sıklığı bir yılda 210.000-400.000 olarak tanımlanmıştır [74]. ABD'de 2016 tarihinde yapılan bir çalışmada ise yılda ortalama 251.454 tıbbi hatadan kaynaklı ölüm

oranı ile tıbbi hatanın ABD'deki üçüncü en büyük ölüm nedeni olduğu ve bu nedenle daha fazla dikkat gerektirdiği bildirilmiştir [75].

ABD tıbbi malpraktis sorumluluk sisteminin iki temel amacı vardır. Bunlar; sağlık hizmeti sağlayıcılarının ihmali nedeniyle hastalarda oluşan zararı telafi etmek ve sağlık sağlayıcılarının ihmali uygulamalarını engellemektir. Bununla birlikte pratikte, sistemin yönetimi yavaş ve maliyetlidir. Hekimlere göre sistem; “defansif tıp” uygulamak için yasal sorumluluk korkusundan hareketle etkin olmayan tedaviler yapmaya neden olmaktadır [76].

İngiltere’de tıbbi uygulama hatası sistemi, hasta şikayetlerini karara bağlamak için mahkemelere dayanmaktadır. İngiltere'deki çoğu doktor, tıbbın tüm yasal ve ticari yönlerini ele alan Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service) tarafından sigortalıdır [69]. İngiltere’de tıbbi hata ya da istenmeyen sonuçlar doğuran olguların ne sıklıkta meydana geldikleri, ne çeşit hataların olduğu, hastalar üzerinde ne tür etki bıraktığı, hatalar nelerin yol açtığı ya da gelecekte nasıl engellenebileceği konusunda 3 temel kaynak vardır. Bunlar;

- Tıbbi hatalar ve hatalı uygulama oranlarının yer aldığı bazı sağlık hizmeti kalite çalışmaları,
- Şikayette bulunan hastalardan toplanan bilgiler,
- İhmal iddiasıyla Ulusal Sağlık Hizmetleri uzmanlarına karşı yapılmış şikayetler [8].

Fransa'da tıbbi uygulama hatası sistemi 2002 yılına kadar Amerika Birleşik Devletleri'ninkine benziyordu; hastalar mahkemeye başvurarak malpraktis davası açabilirlerdi. 2002 yılında yapılan değişiklik, hastaların mahkeme öncesi başvurmaları için bölgesel bir hükümet inceleme kurulu oluşturulmuştur. Hastaların zararını telafi etmek için ödenen para da doktorlara ve hastanelere verilen sigorta primleriyle veya genel fon gelirlerinden finanse edilen ulusal bir fondan gelmektedir [69].

Almanya’da tıbbi uygulama hataları ile ilgili kuruluşlar temelde; tıpta uzmanlık dernekleri, sağlık sigortası yapan sigorta şirketleri, özellikle ölümlü olgularda adalet sistemi ve uzman avukatlardır [8]. Almanya’da her yıl hekimler hakkında yaklaşık 40 bin tıbbi uygulama hatası iddiası ile dava açıldığı ve bunlardan 12 bininde mahkemeler tarafından hatalı uygulama olduğuna dair karar verildiği görülmüştür. Bu davalarda hastaların dava

kazanma oranlarının % 30 olduğu ve hekimler açısından ödenen tazminat miktarlarının son 25 yılda 3 kat arttığı, ceza soruşturmalarında ise mahkumiyet oranlarının % 5 dolayında olduğu bildirilmiştir [77].

Avrupa ülkeleri arasında, İtalya, hekimlerin tıbbi uygulama hatası ile ilgili en fazla cezai işleme tabi tutulduğu ülkedir. Bugün İtalya'da, doktorlara karşı yılda 15.000'den fazla tıbbi uygulama hatası davası açılmaktadır. Tahminler, İtalya'da 20 yıl boyunca çalışan bir hekimin tıbbi uygulama hatası davasında davalı olarak isimlendirilme şansının % 80 olduğunu, ihmal, tedbirsizlik veya vasıfsızlık suçlamalarının % 80'inde aklanma/suçsuz bulunma ihtimalinin olduğunu göstermektedir [78].

İspanya, Fransa ve Almanya'da tazminat davaları ön plandayken İtalya'da ceza davaları birinci sıradadır. Bunda tüm mahkeme masraflarının devlet tarafından karşılanıyor olmasının da büyük etkisi bulunmaktadır. Tüm masraf devlet tarafından karşılandığından en küçük anlaşmazlıkta hasta hemen mahkemeye gitmektedir [8].

Avustralya'da tıbbi uygulama hatalarıyla ilişkili olarak sorumluluk yüklemeye kusur varlığı bakımından karma sistem benimsenmekte ve tazminatları kamuya ait kurum veya kuruluşlarla birlikte özel sigortaların da ödediği aktarılmaktadır [8].

Japonya'da doktorların neredeyse yarısı Japon Tabipler Birliği'ne bağlıdır ve yapılan tıbbi uygulama hataları toplu sigorta havuzu kapsamındadır. Özel sigorta kapsamı, yasalarca gerekli olmasa da mevcuttur. Tıbbi uygulama hatasına bağlı yaralanma veya ölüm, sıklıkla Japonya'da doktorların tutuklanma ve soruşturulma olasılığı ile suç unsuru olarak değerlendirilmektedir [69].

Çin, dünyanın en kalabalık nüfusuna sahip ülkesi olması nedeniyle tıp hizmetlerinin insanlara ulaştırılmasına sürekli bir kısıtlılık ve yetersizlik problemi yaşanmaktadır. Çin Ceza Kanununa göre; sorumluluklarını yerine getirmeyen, hastanın ölümüne sebep olan ya da hastanın sağlığına ciddi bir zarar veren tıp mensubu tıbbi uygulama hatası yapmış demektir [8]. Çin'de yapılan bir araştırmada 1998-2011 yılları arasındaki toplam 1086 tıbbi uygulama hatası davasının verileri incelendiğinde dava sayısının yıllar içerisinde artış gösterdiği, tıbbi

uygulama hatası iddialarında yer alan tıbbi uzmanlıkların çoğunu obstetrik ve jinekoloji, ortopedi ve genel cerrahi gibi disiplinlerin oluşturduğu bildirilmiştir [36].

2.2.3. Türkiye’de Tıbbi Uygulama Hataları

Türkiye’deki tıbbi uygulama hatalarına ilişkin gelişmeler diğer birçok ülke ile benzerlik göstermektedir. Tıbbi uygulama hatalarına yönelik iddialar hızla artmakta, özellikle son yıllarda tıbbi uygulamalarla ilgili hem hukuk hem de ceza davalarında belirgin bir artış olduğu görülmektedir [10, 61, 79, 80].

Son dönemlerde tıbbi uygulama hatası ile ilgili şikayetlerin artmasının önemli sebeplerinden bazıları; hastaların genel olarak sağlık sisteminden ve çalışanlarından beklentilerinin artmış olması, medya organlarının konu üzerine aşırı ilgisi ve bunun da toplumun konuya olan hassasiyetinin arttırması, avukatların bu tür davaları çalışma alanı olarak seçmeleri gösterilebilir [68].

Algan’ın tez çalışmasında, 2006-2010 yılları arasında ATK 1. ve 3. İhtisas Kurullarına ait tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan ve otopsiyi İstanbul Morg İhtisas Dairesi’nde yapılan 306 olgunun dosyası retrospektif olarak incelenmiştir. Hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan hekimlerin klinik birimlere göre dağılımında ilk sırada çocuk sağlığı ve hastalıkları sonrasında kadın hastalıkları ve doğum ile genel cerrahi branşlarının yer aldığı, 81 olguda tıbbi uygulama hatasının varlığı yönünde karar verildiği gözlenmiştir [81].

Çakmak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal düzeyde kurulan Güvenlik Raporlama Sistemi üzerinden 2016-2017 tarihleri arasında bildirilen 155.295 tıbbi hata olgusunda bildirim en fazla yapılan hata türleri arasında; laboratuvar hatalarının ilk sırada, cerrahi hataların ise ikinci sırada geldiği, bunu sırasıyla ilaç hataları ve hasta güvenliği hatalarının takip ettiği görülmüştür. Aynı çalışmada cerrahi hataları en çok asistan hekimler gerçekleştirirken laboratuvar, ilaç ve hasta güvenliği hatalarının en çok hemşireler tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır [82].

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili şikayetlerin artması hekimlerin uzmanlık alanı tercihlerini de etkilemektedir. 2007 Nisan-2013 Nisan arasında düzenlenen 13 adet TUS ile

ilgili verilerin incelendiği bir araştırmada tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji gibi hastalarla yüz yüze çalışılmayan branşların TUS taban puanlarında yükselme olurken, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi ve çocuk sağlığı ve hastalıkları gibi dava dosyalarında sıkça karşılaşılan branşlarının taban puanlarında belirgin düşüşler olduğu saptanmıştır [83].

Genel olarak sağlık sisteminde sorunların artması, tıbbi uygulama hatası olgularının artmasına ve bunun neticesi olarak ceza ve tazminat davaları ile mesleki sigorta işlem sayısının günden güne artmasına neden olmaktadır. Bu durum kısır döngü şeklinde bir yandan doktorları tıbbi uygulama hatası ve benzer suçlamalara maruz bırakmakta, bir yandan da defansif hekimlik anlayışının yaygınlaşmasına sebep olmaktadır [11].

Tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davalardaki artış, yeni Türk Ceza Kanunu'nda ceza oranlarının artması, verilen cezaların paraya çevrilmemesi, ertelenmemesi ve yüksek tazminat ile sonuçlanan davalar hekimlerin üzerindeki baskıyı artırmaktadır [67]. Bunun sonucu olarak da ülkemizde bu konuda yapılmış araştırmalarda tıbbi uygulama hatası iddialarındaki artış nedeniyle hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yöneldiği bildirilmiştir [84-87].

2.2.4. Tıbbi Uygulama Hatası İle İlgili Kavramlar

2.2.4.1. Tıbbi Müdahale

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Tanımlar" başlıklı 4 üncü maddesi (b) bendinde hasta; "sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse" olarak tanımlanırken 8 Mayıs 2014 tarihinde yapılan değişiklikle Yönetmeliğin 4 üncü maddesinin birinci fıkrasına eklenen (g) bendinde tıbbi müdahale; "tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fiziki ve ruhi girişim" şeklinde tanımlanmıştır [88].

Tıbbi müdahale; kişileri hastalık, sakatlık ve diğer istenmeyen tıbbi durumlardan koruma, bu tür durumlar oluşmuşsa tanı koyma ve tedavi etme, iyileşme sonrası sosyal iyilik halini sağlama, kişinin ruh ve beden sağlığını etkileyen ve tıp bilimi ve tekniği çerçevesinde, konusunda eğitim almış kişiler tarafından, rıza dahilinde gerçekleştirilen hareketlerdir [62].

Hakeri’ye göre “insan üzerinde tıp biliminin uygulanması ile bağlantılı olarak yapılan her türlü müdahale tıbbi müdahaledir” [77]. Bir başka tanıma göre tıbbi müdahale; “tıp mesleğini icraya yetkili bir kişi (hekim) tarafından, doğrudan ya da dolaylı tedavi amacına yönelik olarak gerçekleştirilen her türlü faaliyeti” ifade eder [89]. Teşhis, tedavi, koruma amaçlı müdahaleler, ilaç tedavisi, tetkik istenmesi, estetik uygulamalar, psikiyatrik takipler ve adli muayeneler tıbbi müdahaleye örnek olarak sayılabilir [77].

2.2.4.2. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu

Tıbbi müdahale insanın bedensel bütünlüğünü etkilediği için pek çok suç tipi ihlalini de beraberinde getirebilmektedir. Kasten ve taksirle adam öldürmek, kasten ve taksirle müessir fiil meydana getirmek, kişinin özgürlüğünün kısıtlanması bunlardan bazılarıdır. Lex-artis teorisine göre, hastaya yapılan tıbbi müdahale hastanın yararına da gelişse zararına da gelişse hekimin cezai yönden sorumlu tutulabilmesi için, yapılan tıbbi müdahalenin tıp mesleğinin gereklerine uygun bir şekilde yapılması suç tipini tamamen ortadan kaldıracaktır [89].

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için 4 temel şartın gerçekleşmesi gerekir. Bunlar;

1. Tıbbi müdahaleyi yapanın hekim (sağlık personeli) olması,
2. Endikasyon varlığı,
3. Aydınlatılan hastanın rızası,
4. Tıbbi müdahalenin tıp biliminin verilerine göre gerekli ve bu verilere uygun şekilde yapılmasıdır [62, 77].

2.2.4.3. Sağlık Personelinin Uygulamaya Yetkisi

Tıbbi müdahalelerin bireyler üzerinde yaratabileceği muhtemel olumsuz etkiler dolayısıyla, tıbbi müdahale yetkisi sadece sağlık personeline (esas itibarıyla hekime) verilmiştir. Tıp fakültesinden mezun olarak diploma sahibi olan kimseye “hekim” adı verilir [77].

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un birinci maddesine göre; “Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun

hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır.” denilmektedir [90]. Aynı kanunun ek 13. maddesine göre “tabipler ve diş tabipleri dişındaki sağlık meslek mensupları hastalıklarla ilgili doğrudan teşhiste bulunarak tedavi planlayamaz ve reçete yazamaz” denilmektedir [77]. Bununla birlikte, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği’nin 26. maddesinin 3. fıkrasında “Uzmanlık öğrencisi eğitim sorumlusunun gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır, deontolojik ve etik kurallara uyar.” denilmektedir [77].

Ayrıca, bir tıbbi uygulama hatası davasında, hangi hekimin hangi uygulamadan ne kadar sorumlu olduğu da özölmesi gereken önemli bir sorundur. Bu nedenle de, yapılan müdahalenin hukuki sonuçlarının değerlendirilmesi aşamasında, uygulamayı yapan hekimin uzmanlık alanının sınırlarının belirlenmesi, hangi konunun hangi uzmanlık alanının sorumluluğunda olduğunun ortaya konulması da gerekmektedir [91].

2.2.4.4. Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam; “riskleri, yararları ile alternatifleri ve onların da risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasının, hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından ve hasta tarafından hiçbir tereddüde yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavinin ya da uygulamanın hasta tarafından gönüllölükle kabulü” olarak tanımlanmaktadır [77].

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24. maddesinde tıbbi müdahale için hastanın rızası gerektiği, eğer hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınması gerektiği, hastanın velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde bu şartın aranmayacağı belirtilmiştir [92]. Aynı yönetmeliğin 15. maddesinde de bilgilendirmenin kapsamı belirtilmiş ve

“Hastaya;

- a. Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- b. Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,

- c. Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
 - d. Muhtemel komplikasyonları,
 - e. Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
 - f. Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
 - g. Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
 - h. Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi verilir.”
- denilmiştir [92].

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için gerekli 4 temel şarttan biri olan aydınlatma, hem hasta haklarından hem de hekimin yükümlülüklerindendir. Güven unsuru açısından ve hekim ile hasta arasındaki tedavi sözleşmesinden kaynaklı olarak aydınlatma yükümlülüğü, sözleşmenin tarafı olan hekime aittir [93].

2.2.4.5. Bakım Standardı

Bakım standardı; tıp biliminin günümüzde ulaştığı bilimsel ve teknik seviye, uygulamanın yapıldığı ortamın koşulları ve uygulamayı yapan hekimin eğitim düzeyi göz önünde bulundurulduğunda, aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özen olarak anılır [8, 67].

Hekimin ya da diğer sağlık görevlilerinin, gördükleri eğitim ya da uzmanlıkları ile ilgili edindikleri bilgileri, hastanın tedavisinde yeteri kadar göstermeyerek, yaşadıkları ülkedeki mevcut tıbbi standartların altında bir hizmet vermesi tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilmektedir [94, 95].

2.2.4.6. İzin Verilen Risk

Hemen hemen tüm tıbbi uygulamaların birtakım riskleri vardır. Uygulama bu riskler göze alınarak yapılır [9, 67]. Günümüz hukuk anlayışında, hekimler ve diğer sağlık personeli çalışmalarını “izin verilen risk” kavramı çerçevesinde yerine getirirler. İzin verilen riskin tıbbi karşılığı komplikasyondur ve tek başına kusur sayılmaz [96].

Tıbbi uygulamalarda; tıbbi olanaklar içerisinde yapılması gereken her şey yapıldığı halde, hastada bir zarar ortaya çıktığında, ortaya çıkan zarar, uygulamanın öngörülemez bir sonucu ise bu istenmeyen bir sonuçtur. Hekim, hastanın bilgisi dahilinde (aydınlatılmış onam) olması durumunda, bu zararların ortaya çıkmasından sorumlu değildir [8, 9, 67].

Komplikasyon; hastalıkların seyri esnasında ya da tıbbi ve cerrahi tedavilerin uygulanması esnasında ortaya çıkabilen, ölüm dahil istenmeyen sonuçlara neden olabilen, tıp uygulamasında tüm tıp otoriteleri ve tıp literatürü tarafından kabul edilen risklerdir. Tıbbi uygulamalarda temel amaç kişiyi hastalıklardan ve hastalığa ait komplikasyonlardan korumaktır [88].

Hekimin sorumluluğu açısından tıbbi uygulama hatası ve komplikasyon kavramlarının ayrılması büyük önem taşımaktadır. Nitekim, tıbbi uygulama hatası olması durumunda hekimin sorumluluğundan söz edilirken, hastalıktan kaynaklanan komplikasyon olduğu takdirde, hekim sorumluluğu olmayacaktır. Her tıbbi girişimin kabul edilebilir sapma ve riskleri vardır. Fakat komplikasyonlar zamanında fark edilemezse, fark edilmesine rağmen gerekli önlemler alınmazsa, fark edilip önlem alınmasına rağmen standart tıbbi girişimde bulunulmazsa komplikasyon tıbbi uygulama hatasına dönüşür [9, 97].

2.2.5. Hekimlerin Tıbbi Müdahaleden Doğan Yasal Sorumlulukları

Tıbbi uygulama hatalarında zarar verenin yaptırıma uğramasına neden olan iki tip sorumluluk mevcuttur. Bunlar; toplumsal düzeni sağlama ve bireysel çıkarları koruma amaçlı olarak devlet tarafından konulan emir ve yasaklara uymama neticesinde cezai yaptırımlara sebep olan cezai sorumluluk ve kişiler arası ilişkilerden (borç ilişkisi, hak ve yetkilerin kullanılması, maddi ve manevi bütünlüğün temini ve muhafazası, vb) doğan hukuki sorumluluktur [86, 98-100].

Hekimlerin hukuki ve cezai sorumlulukları ile ilgili özel bir yasal düzenleme bulunmamaktadır [101]. Bu nedenle hekim, yasal düzenlemelerde yer alan mesleki etik kurallar gereğince ilgili yasalardaki genel tanımlar çerçevesinde cezai ve hukuki açıdan sorumlu hale gelmektedir [11, 96].

Hekim sorumluluğunun yasal anlamda koşulları şunlardır:

- Fiilin hukuka aykırı olması
- Zararın doğmuş olması
- Kusurlu bir davranışın bulunması
- Zarar ile sonuç arasında uygun nedensellik (illiyet) bağı bulunması

Hekimin hatalı tıbbi uygulama iddiasından dolayı sorumlu tutulabilmesi için gerekli olan temel kıstas; hastanın uygulama neticesinde zarar görmesidir. Hastanın görmüş olduğu zarar vücut bütünlüğünün bozulması veya maddi ya da manevi kayıplara uğraması şeklinde olabilir. Hekimin hatalı tıbbi uygulama iddiasından dolayı sorumlu tutulabilmesi için gerekli bir diğer şart ise hastada meydana gelen zararın hekimin kusur atfedilebilecek bir davranışı nedeni ile oluşması yani hekimin kusurlu olmasıdır. Burada aranan objektif kusurdur. Objektiflikten kasıt aynı koşullarda bulunan bir hekimin göstereceği ya da göstermesi gereken özen ve dikkattir [8].

Hekimin sorumluluğu kapsamında gözetilmesi gereken son unsur ise, hekimin kusurlu davranışı ile hastada meydana gelen zarar arasında uygun illiyet bağının bulunmasıdır. Uygun illiyet bağından kasıt, hayat tecrübelerine göre, bir fiilin olayların normal seyrinde meydana getirebileceği zararlarla olan bağlantısıdır. Bu bağlamda arada mantıki bir neden sonuç ilişkisinin mevcut olması gerekmektedir [8]. Böylece haksız fiiller tazminat davalarının, meydana gelen suçlar da ceza davalarının konusunu oluşturmaktadır [96].

2.2.5.1. Cezai Sorumluluk

Tıbbi uygulama hatalarının cezai yorumlamasının yapılabilmesi için hastada oluşan zararın malpraktis mi yoksa komplikasyon sonucunda mı oluştuğunun yargılama makamı tarafından tespit edilmesi gerekmektedir. Hastada oluşan zararın izin verilen risk kapsamında kalması halinde hekimin sorumluluğu söz konusu değilken, dikkatsizlik, meslekte acemilik, tedbirsizlik ve özensiz davranışı sonucu gelişmesi halinde ise hekimin cezai sorumluluğu gündeme gelmektedir [8]. Hekimin teşhis ve tedavi esnasında, dikkatsiz ve özensiz davranarak hastasına zarar vermesi, ceza hukuku açısından taksirli suçların doğmasına yol açar [8] ve hekimlere yönelik malpraktis davalarında genellikle taksirli suçlardan dava açılmaktadır [67].

Taksir, bir işi eksik yapma ya da tam yapabilecekken yapmama, kusurlu bir davranışta bulunma anlamına gelmektedir. Taksiri kasttan ayıran temel özellik sonucun istenmemesidir [77]. Türk Ceza Kanunu'nda taksir; neticenin öngörülüp öngörülmemesine göre; bilinçsiz (basit) taksir ve bilinçli taksir olarak ikiye ayrılmıştır [102].

Bilinçsiz (basit) taksir durumunda hekim, tıp mesleğini icra ederken gözetmesi gereken dikkat, özen ve sorumluluğa aykırı davranarak, özensiz davranışıyla hastaya zarar vermiştir. Önemli olan burada hekimin, bu özensizliği ve dikkatsizliği nedeniyle gelişen neticeyi öngörememiş olmasıdır [100, 103]. Bilinçli taksir durumunda ise hekim, yaptığı müdahale ya da eylem neticesinde oluşacak sonucu öngörmekte, bu neticeyi istememekle birlikte kendi kişisel becerilerine güvenerek eylemine devam etmektedir [100, 104]. Türk Ceza Kanunu'nda bilinçli taksir varlığında basit taksirli suça dair cezanın arttırılacağı öngörülmüştür [102].

2.2.5.2. Hukuki Sorumluluk

Cezai sorumlulukta olduğu gibi hukuki sorumluluktan da bahsedebilmek için ortaya çıkan bir zararın söz konusu olması gerekir. Zarar bedensel olabildiği gibi insanın ruhsal bütünlüğünü ilgilendirecek şekilde manevi mahiyette de olabilir [105]. Tıbbi uygulamalarda hasta hekim ilişkisinde hekimin sorumluluğu ancak tıbbi kötü uygulama (sözleşmeye aykırı hareket) ile hastanın zarara uğraması neticesinde gündeme gelir. Hekimin sözleşmeyi ihlal etmesi, sözleşme çerçevesinde yükümlülüklerini yerine getirmemesi ve hekimin bu davranışı neticesinde hastanın zarara uğraması durumunda hasta hekime karşı maddi ve manevi tazminat davası açabilir [8].

Hekimin temel ödevi mesleğini etik ve hukuksal kurallara göre icra etmektir. Ancak hekimlerin yaptıkları hataların bir sonucu olarak hastalar zarar görürse ceza davalarından ayrı olarak “özel hukuk” (tazminat) yönünden de sorumlu olurlar. Bu sorumluluk ortaya çıkan zararı tazmin etmeye yöneliktir ve ceza davasının sonucundan bağımsızdır. Hasta veya hasta yakınları, haksız fiil veya sözleşmeden doğan haklarına dayanarak maddi ve manevi tazminat talep edebilmektedir. Eğer kusurlu eylem sonucu ölüm meydana gelmişse, ölenin maddi ve manevi desteğinden mahrum kalan yakınlarının tazminat hakkı doğmaktadır [67, 77, 106].

2.2.6. Sık Karşılaşılan Tıbbi Uygulama Hataları

Sağlık Bakanlığı aleyhine açılan davalarda en sık saptanan hata türleri; yanlış teşhis ve tedavi, hastane idaresinden kaynaklanan problemler, poliklinik ve sevk işlemlerinde yanlış yönlendirmeler ile acil servis hizmetlerinin yetersizliği olarak belirtilmiştir [77].

2.2.6.1. Aydınlatılmış Onam Eksikliği

Hasta ya da vasisinin onamı olmadan uygulanan tıbbi girişimlerde hukuka uygunluktan söz edilemez. Hekimlerin mesleki uygulamalarını hukuka uygun hale getiren temel koşul hastanın onamıdır [9, 67]. Kişinin kendisine, uygulanacak olan tanı ve tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi verilmesi sonrası tıbbi girişim için alınan izne aydınlatılmış onam denmektedir [107].

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesinde tıbbi müdahale için hastanın rızası gerektiği, eğer hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınması gerektiği, hastanın velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde bu şartın aranmayacağı belirtilmiştir. Yine hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak acil bir durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmanın rızaya bağlı olmadığı, bu tür durumların varlığı halinde hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durumun kayıt altına alınması ve hasta yakını veya kanuni temsilcisinin bilgilendirilmesi gerektiği, hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine yeniden başvurulması gerektiği belirtilmiştir [92].

Hasta veya onun adına yasal anlamda karar verme yetkisi olan kişilerin onamının olmadığı, eksik veya yanlış bir şekilde mevcut olduğu her tıbbi girişim mutlaka hukuka aykırılık içermektedir. Hukuka aykırı davranışlar ise ilgili yasalar çerçevesinde idari açıdan disiplin ve para cezalarını, ceza hukuku açısından hapis cezalarını, borçlar hukuku açısından ise tazminat cezalarını gündeme getirmektedir [81]. Bu nedenle de hekime karşı açılan davalarda hekimin hastasını aydınlattıktan sonra onamını aldığını kanıtlaması gerekmektedir [67].

2.2.6.2. Tanı Hataları

Hekimin teşhis yükümlülüğünü nasıl yerine getirmesi gerektiğine ilişkin herhangi bir hukuksal düzenleme bulunmamaktadır. Hekim teşhis için gerekli bütün tıbbi müdahaleleri, tetkikleri yapmalı ve elde ettiği sonuçları da tıp biliminin gereklerine göre doğru yorumlamalıdır [77]. Seçilecek tedavi yönteminin isabetliliği iyi ve doğru bir teşhise bağlıdır [95]. Yine de hekim hastasına her durumda tanı koyamayabilir [8]. Bu nedenle teşhis için gerekli muayeneyi yapan, tetkikleri yaptıran ve elde edilen bulguları özenle değerlendiren hekim bakımından teşhiste yanılma halinde sorumluluk doğrudan gündeme gelmeyecektir [95]. Ancak eldeki olanaklarla, tanı konulabilecek olan bir hastalığın tanısının konulmaması ya da hatalı tanı konulmasının tedavi sürecini etkileyip hastada zarara yol açması önemli bir tıbbi uygulama hatasıdır [8, 9, 67].

Tanı koyma sürecinin gecikmesi, zorunlu olarak kullanılması gereken tanı yöntemi ve araçlarının kullanılmayarak, bilimsel olmayan, güncelliğini yitirmiş, eksik yöntemlerle hatalı tanı konulması veya tanı konulamaması, eksik araştırma yapılması ve yapılan araştırma sonuçlarının bir hastalığın karakteristik belirtilerini ortaya koymasına rağmen hatalı sonuca varılması, testin uygulanmasında yapılan hatalar sonucu hastaya zarar verilmesi bu kapsamdadır [95, 108]. Yani hekim çok açık bir hastalığı dikkatsizliği ve tecrübesizliği nedeniyle tanıyamamakta veya savunulmayacak bir şekilde tıp biliminin verilerine aykırı olarak yorumlamakta veya geçici teşhis sonrası teşhisin doğruluğunu kontrol etmek için yapılması gereken müdahale veya tedavileri ihmal etmekte ise net şekilde hatalı davranıştan söz edilir [77].

2.2.6.3. Tedavi Hataları

Bazı durumlarda tanı doğru olabilir, ama hekimin uyguladığı tedavi, geçerli tıbbi bilgiler ışığında uygunsuz ya da yetersiz olabilir. Bazen tedavi seçimi tamamen yanlışken bazen de uygulanan tedavi güncel tedavi yöntemlerinden biri olmayabilir ve hastanın durumunda başka bir tedavinin daha öncelikli olarak seçilmesi gerekmektedir [9, 67].

Mevcut tıp biliminin gereklerine göre yapılan tedavi, nihayetinde istenen sonucu vermese bile hizmet kusuru olarak kabul edilemezken hekimin genel kural ve standartlardan

saparak uyguladığı tedavi yöntemlerinde oluşan zarar neticesinde tedavi hataları gündeme gelmektedir [95]. Tıbbi olarak gerekli olmasına karşın müdahalenin yapılmaması veya geç yapılması, yanlış tedavi yönteminin seçilmesi, gereksiz veya uygun olmayan tedaviler, yanlış ilaç verilmesi veya ilaç dozunun yanlış ayarlanması, ölçüsüz tıbbi müdahale, hatalı ameliyat tekniği, teknik aletlerin kullanılmasında yapılan hatalar, postoperatif takibin uygunsuz ya da yetersiz yapılması, geç veya hatalı sevk uygulamaları, enjeksiyon ve hijyen kurallarına uyulmaması gibi durumlar tedavi hatası kapsamında ele alınmaktadır [77, 95, 108].

2.2.6.4. Konsültasyon Gecikmesi

Günümüzde uzmanlık alanlarının giderek artması ve kapsam alanlarının belirsizleşmesi malpraktis vakalarının artışına neden olmaktadır. Tıp bilimindeki ilerlemeler ve her geçen gün yeni uzmanlık alanlarının ortaya çıkması hekimlerin kendi uzmanlık alanı dışındaki konularda bir başka hekime danışma gerekliliğini gündeme getirmiştir [91]. Bu nedenle de hekimler, günlük uygulamada kendi uzmanlık alanı dışındaki konularda yetki sınırlarını aşmak yerine kendi uzmanlık alanı dışındaki konularda konsültasyon istemekten kaçınmamalıdır [9, 67]. Konsültasyon sisteminin işletilmemesi yani hekimin kendi uzmanlık alanı dışındaki uzman hekime danışmaması hatalı tıbbi uygulama olarak kabul edilmektedir [8].

2.2.6.5. Kayıt Hataları

Uygulanan tıbbi işlemin hukuka uygun olabilmesi için gerekli unsurlardan birisi de tıbbi bilgilerin kaydedilmesidir [109]. Tıbbi kayıtların tutulması hukuki bir zorunluluktur ve hasta ile ilgili tıbbi bilgilerin hasta kartına, yatırılarak tedavi verilmişse hasta dosyasında ilgili kısımlara detaylı olarak kayıt edilmesi gerekmektedir. Bu kayıtlar hastaya daha sonra yapılacak takiplerinde ve istenecek adli raporların düzenlenmesinde en temel dayanak noktalarını oluşturmaktadırlar [110].

Eksiksiz ve düzgün tutulan tıbbi kayıtlar herhangi bir hatalı uygulama iddiası durumunda hekimin savunmasında çok önemli bir delil niteliğindedir. Hekim savunmasını bu kayıtlara dayanarak yapabilir [9, 67]. Bir kusur iddiası söz konusu olduğunda veya bir zarar ortaya çıktığında ispat yükümlülüğü hekime geçmektedir. Ayrıca hastaların da kayıtları inceleme ve kayıtların düzeltilmesini talep etme hakkı vardır. Zira hastaların herhangi bir

kusur iddiası veya zarar bildirimi karşısında ispat yükümlülüğü kendisine geçen hekimin bu konudaki en büyük yardımcısı şüphesiz ki tıbbi kayıtları olacaktır [91].

2.2.6.6. Yönetim Kaynaklı Hatalar

Bugün pratikte sağlık personelini en çok rahatsız eden husus, sağlık kuruluşunun organizasyon kusurlarının da bireysel olarak kendilerine mal edilmesidir. Gerçekten de uygulamadaki en büyük aksaklık tıbbi hatanın görünür yüzü ve doğrudan sorumlusu olarak hekimin görülmesi, sistemin ve organizasyon hatalarının sorgulanmamasıdır. Halbuki birçok hekim hatasının arka planında organizasyon kusuru bulunmaktadır [77].

Kötü sonuçların ortaya çıkmasına neden olan yönetsel faktörlere; gerekli sayıda ve nitelikte ekip üyesinin bulunmaması, ekipman, araç-gereç ve mekan yetersizliği, hasta yükünün fazla olması, olumsuz çalışma koşulları, cihazların bozuk olması ya da kalibrasyonun yapılmaması gibi teknik eksiklikler örnek verilebilir. Tüm bu hususlar göz önünde tutularak, hastane yönetiminin sorumluluğu yoluna gidilmeli ve böylece organizasyondan kaynaklanan sonuçların önlenmesi yönünde hastane yönetiminin adım atması sağlanmalıdır [77].

2.2.7. Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik

Tıbbi uygulama hatası iddiası durumunda, olay mahkemeye yansıdığına, mahkemenin tıbbi uygulama hatası tespitini tek başına yapması genellikle mümkün olamamaktadır [97]. Hukuk ve ceza yargılaması kanunlarının bilirkişilik sistemindeki temel dayanak noktası, hakim özel ya da teknik bir bilgiyi gerektiren konularda bir bilirkişiye başvurup bu konuda kendisini aydınlatmak istemesidir. Ancak hakim, bilirkişinin verdiği rapora bağlı kalmak zorunda değildir [11].

Bilirkişilik uygulamalarında uluslararası standartta kabul edilen ve konuyla ilgili ilk uluslararası kabul gören prensip olan Frye standardına göre bilirkişi görüşü; bilimsel topluluklarca kabul edilmiş bilimsel metot veya tekniklere dayalı olmalıdır. Tıbbi uygulama hatalarında bilirkişi fonksiyonu ise, tıbbi uygulama ve sorumluluk çerçevesinde, mahkemelerde hakimlere, savcılara ve avukatlara olgu bazında bilimsel çerçevede kılavuzluk

etmek şeklinde tanımlanabilir. Hastada bir zarar ortaya çıktığında, bu zararın tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını ve uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirlemek ancak tıbbi bilirkişilerin görüş bildirmeleri ile mümkündür [8]. Bu nedenle tıbbi uygulama hatasının tespiti, çoğu kez bir bilirkişinin bilgisini gerektirmektedir [97].

Hukuk sistemimizde bilirkişiler mahkemeler tarafından tayin edilmelerinin yanı sıra taraflar tarafından özel bilirkişilik görüşü de sunulabilmektedir. Mahkeme tarafından tayin edilen bilirkişiler; Adli Tıp Kurumu, üniversitelerin ilgili anabilim dalları veya önceden belirlenmiş bilirkişi listelerinden seçilmiş hekimler olabilmektedir [8]. Bu kuruluşlar konuyla ilgili karar verirken olayla ilgili kişilerin ifadeleri, sağlık kuruluşunun kayıtları, hasta filmleri, laboratuvar sonuçları ve varsa otopsi bulgularını dikkate almaktadır [67, 111].

2.2.8. Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası

Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası; mesleki uygulamalar sırasında oluşan ve hizmet alan kişiyi zarara uğratan uygulama hataları, ihmal veya özen eksikliği nedeniyle, ödenmesi gereken tazminata yönelik sigortalama işlemidir [112].

Sigorta şirketleri, sağlık sektöründe çalışanların mesleki faaliyetlerini icra ederken meydana gelebilecek zararlara karşı hekimlere mesleki koruma kalkını oluşturarak güven içinde hizmet vermelerini temin etmek amacıyla güvence sağlamaktadır. Mesleki sorumluluk sigortası Türkiye’de 30 Temmuz 2010 tarihi itibarıyla zorunlu hale gelmiş ve tam adı “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası” olarak düzenlenmiştir. Sigorta şirketlerinin sağladığı bu sigorta ürünü, hekimlerin herhangi bir mesleki faaliyeti nedeniyle verdikleri zararlara karşı hekim aleyhine açılan davalardaki tazminata güvence sağlamaktadır [111].

Sağlık sistemindeki sorunların artması; tıbbi uygulama hatası olgularının ve buna bağlı olarak ceza ve hukuk davalarının; mesleki sigorta işlemlerinin sayısının giderek artmasına yol açmaktadır. Bu durum, kısır bir döngü halinde bir yandan hekimleri tıbbi uygulama hatası ve benzer suçlamalara maruz bırakmakta; öte yandan defansif bir hekimlik anlayışının yayılmasına yol açmaktadır [11].

2.3. DEFANSİF TIP

2.3.1. Tanımı

Tıp ve tıbbi teknolojilerin hızlı bir şekilde ilerlemesi, bu bilim dalında faaliyet gösterebilmek ve hizmet verebilmek için ileri seviyede uzmanlaşma ihtiyacını doğurmuştur. Bununla beraber insan hakları, hasta hakları ve sağlık hakları gibi değerler gündeme gelmiş, hekimlerin davranışları sorgulanmaya başlanmış ve bu doğrultuda tıbbi uygulama hatası iddiaları ve hekimlerin mesleki uygulamaları nedeniyle yargılanma süreci ortaya çıkmıştır. Ancak hekimlerin uygun olmayan hukuki enstrümanlarla yargılanması, medyanın tıbbi davalarda ölçsüz tavrı, hekimler aleyhinde tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davalarda artış ve hükmedilen tazminatlar ve sigorta primlerinin ani yükselişleri nedeniyle sigorta şirketlerinin üzerlerine düşen mali yükü kaldırmakta zorlanması, hekimlerin mesleklerini uygularken çekingen davranmalarına neden olmuştur [100, 113, 114].

Hekimlerin çekingen davranışları ilk kez ABD’de 1970’li yıllarda gündeme gelmiş ve defansif tıp terimi ortaya konmuştur [115]. Defansif Tıp; hekimlerin tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak amacıyla; hastaya fayda sağlamak yerine öncelikle sorumluluktan kaçınmak için hasta adına pek de gerekli olmayan testler, tedaviler, prosedürler ve konsültasyonlara başvurması ya da tıbbi uygulama hatalarına daha az maruz kalmak için yüksek riskli hastalardan ya da prosedürlerden uzak durması olarak tanımlanmıştır [116].

Studdert ve arkadaşları defansif tıbbi; “sorumluluk tehdidi ile tetiklenen standart tıbbi uygulamalardan sapma” olarak tanımlamışlardır [113]. American Office Of Technology Assessment tarafından yapılan tanımlamaya göre defansif tıp; genellikle tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak için hekimlerin daha fazla tıbbi testler yapması, hasta ile diyalog esnasında gereksiz prosedürler izlemesi ve ziyaret yapması ya da tam tersine riskli hastalardan ve risk taşıyan teşhis ve tedavi yöntemlerinden kaçınmasıdır [117, 118].

Çeşitli literatürlerde, defansif tıp ile ilgili; “hekimlerin tıbbi uygulama hataları yükümlülüğü konusundaki endişelerinden dolayı testler, prosedürler veya ziyaretler düzenlerken veya bazı yüksek riskli hastalardan veya prosedürlerden kaçınırken meydana gelen uygulamalar” olarak tanımlanırken [119], “hekimin kendini malpraktis davasından koruma ya da böyle bir dava ortaya çıkarsa güvenilir bir savunma arzusuyla tamamen ya da

kısmen motive olan bir klinik karar ya da eylem” [120], “tıbbi uygulama hatası yükümlülüğü riskini azaltmak için öncelikle, ancak zorunlu olmayan testler, prosedürler uygulanması veya yüksek riskli hastalardan ve/veya prosedürlerden kaçınmak” [114] şeklinde tanımlamalar yapılmıştır.

Bir başka literatürde ise defansif tıp; hekimin hastasının teşhis ve tedavisini iletirmek yerine öncelikle kendisine karşı oluşabilecek muhtemel sorumluluklardan korunmak amacıyla tedavi, test ve yöntemler uygulaması ve bu davranışların hastadan çok hekime ekonomik ve psikolojik anlamda fayda sunması olarak tanımlanmaktadır [121].

Defansif tıp ile ilgili günümüze kadar bir çok tanımlama yapılsa da genel itibariyle defansif tıbbi, hekimlerin hasta veya hasta yakınlarına karşı malpraktis kaynaklı hukuki sorumluluktan kaçınmak için hastalığın seyri ya da hastanın durumu açısından çok da gerekli olmayan tedavi yöntemleri ve prosedürleri takip etmesi veya tam tersi olarak yüksek risk taşıyan hasta ve tedavi yöntemlerinden kaçınması olarak tanımlamak mümkündür [8].

Defansif tıp; sağlık hizmetlerinde yer alan hekim, hastane yönetimi ya da sağlık personeli gibi tüm aktörlerce uygulanabilen, genel itibariyle tıbbi müdahale dolayısıyla herhangi bir sorumluluk altına girmemek için ya hastalığın seyriyle örtüşmeyen gereksiz tedavi prosedürlerinin uygulanması ya da yüksek risk içeren hasta ve tedavi yöntemlerinden kaçınılması yönündeki uygulama ve davranışlardır [100]. Genel itibariyle defansif tıp uygulamaları; hekimlerin tıbbi uygulama hatası davalarından korunmayı amaçlayarak uyguladıkları tıbbi uygulamalardır. Defansif tıp uygulamalarında öncelikli amaç hastanın iyileşmesi değil dava açılmasının önüne geçmektir [122].

2.3.2. Dünyada Defansif Tıp Uygulamaları

Defansif tıp ülkemizde yeni yeni gündeme gelmeye başlasa da dünyada yıllardır uygulanmakta ve tıp alanında son 15-20 yıldır bir endişe konusu olarak ortaya çıkmaktadır [120].

Defansif tıp uygulamalarını konu alan çalışmalar, ABD’de ortaya çıkan tıbbi uygulama hatası davaları nedeniyle 1970’li yıllardan itibaren yapılmaya başlanmış ve tıbbi uygulama

hatası şikayet ve davalarının sayısının yaygınlaşması ile birlikte 1990'lı yıllarda belirgin hale gelmiştir [15, 113, 120].

ABD'de 2003-2005 yılları arasında yapılan bir çalışmada; kadın doğum, genel cerrahi, nöroşirurji, ortopedi, radyoloji ve acil tıp uzmanlarından oluşan 824 hekimin %93'ü meslek yaşamı boyunca defansif tıbbi uygulamalar yaptığını, katılımcıların %42'si sorumluluk kaygıları nedeniyle klinik uygulamaların kapsamını sınırladıklarını, %49'u da gelecek 2 yıl içinde daha da ileri kısıtlamalar yapabileceklerini belirtilmiştir. Aynı çalışmada; hekimlerin %59'unun sıklıkla gerekenden daha fazla test istedikleri, %52'sinin sıklıkla gereksiz durumlarda hastaları diğer uzmanlık alanlarına yönlendirdikleri, %33'ünün sıklıkla gerekenden fazla ilaç reçete ettikleri, %32'sinin sıklıkla tanı için gereksiz invaziv girişimleri önerdiği, %39'unun da sıklıkla yüksek riskli hastalara bakmaktan kaçındığı bildirilmiştir [113].

ABD'de 2009 yılında yapılan bir çalışmada; çalışmayı kabul eden 1231 hekime sorulan “Hekimler, malpraktis davalarından korunmak için ihtiyaç duyulandan daha fazla test ve prosedür istiyor mu?” sorusuna hekimlerin %91'inin “katılıyorum” cevabı verdiği, bu soruya erkeklerin kadınlara göre anlamlı düzeyde daha fazla katılıyorum yanıtı verdiği (erkek: %92,6, kadın: %86,5, $p=0,01$) bildirilmiştir [123]. ABD'de Ekim 2009 ile Mart 2010 arasında yapılan bir başka çalışmada; çalışmayı kabul eden 1400 hekimin %76'sı defansif tıbbin hastaların sağlık hizmetine erişimini azaltacağını, %72'si defansif tıbbin hasta bakımını olumsuz yönde etkilediğini, %71'i defansif tıbbin hastaları görme biçimini olumsuz yönde etkilediğini, %57'si defansif tıbbin karar alma kabiliyetini engellediğini belirtmiştir [124]. Amerikan Teknoloji Değerlendirme Bürosu'na göre ABD'deki tanı testlerinin yaklaşık %8'inin bilinçli bir şekilde defansif olduğu belirtilmektedir [125].

İngiltere'de 1995 yılında yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılan 300 pratisyen hekimin %98'inin hastanın şikayet etme olasılığı nedeniyle bazı uygulama değişiklikleri yaptıkları, en sık yapılan değişikliklerin ayrıntılı not alma (%90,3), hastayı gereğinden fazla bilgilendirme (%86,6), diğer bölümlere yönlendirme (%63,8), daha sık takip etme (563,4) ve daha fazla test isteme (%59,6) şeklinde sıralandığı belirtilmiştir [14]. İngiltere'de Nisan 2008 ile Mart 2011 tarihleri arasında yapılan bir başka çalışmada; çalışmayı kabul eden 204 hekimin %78'i en az bir defansif tıp uygulaması yaptığını, hekimlerin %59 ile en sık defansif

tıp uygulama yöntemi olarak gereksiz testler istediğini, bunu %55 ile gerekmediği halde başka uzmanlardan görüş alınmasının takip ettiği belirtilmiştir [126].

İtalya’da 2009 yılında yapılan bir çalışmada; İtalya’da ulusal çapta pratisyenlere yönelik ve bölgesel düzeyde iki uzman grubuna (cerrah ve anesteziistler) uygulanan anket çalışmaları değerlendirilmiştir. Çalışmaya göre ulusal çalışmadaki pratisyenlerin %77.9’u anket öncesi bir ay içerisinde defansif tıbbi uygulama yaptıklarını, bu oranın bölgesel çalışmadaki cerrah ve anesteziistler arasında %83,3 düzeyinde olduğu, öte yandan son bir ay içerisinde anesteziistlerin cerrahlara göre daha fazla defansif tıp uyguladığı (anesteziistler: %88,3, cerrahlar: %76,1) bildirilmiştir [127].

İsrail’de 2012 yılında yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan 877 hekimin %86’sının İsrail’deki tıbbi davaların artmasının, hastalarına mümkün olan en iyi tıbbi tedaviyi vermelerini önlediğini, %7’sinin tıbbi davalardan korktuğu için anketten üç yıl önce uygulamalarını durdurduğunu veya yüksek riskli prosedürleri ortadan kaldırdığını, %18’inin ise önümüzdeki birkaç yıl içinde tıbbi davalardan korkması nedeniyle yüksek riskli prosedürlerin uygulanmasını durdurma veya ortadan kaldırma olasılıkları olduğunu belirtilmiştir. Aynı çalışmada; hekimlerin %60’ı defansif tıbbi uygulamalar yaptığını, %40’ı karşısına gelen her hastayı malpraktis davası için potansiyel bir tehdit olarak gördüğünü, %82’si defansif tıp nedeniyle daha az açık sözlü olduğunu, %93’ü hastalar ve ailelerinin daha talepkar hale geldiğini, %55’i finansal olarak daha fazla sağlık hizmet kaynağı kullandığını ve %84’ü bu maliyetin gelecekte defansif tıp uygulamasını engellemeyeceğini belirtmiştir [128].

Japonya’da 2006 yılında yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılan 131 gastroenterologun %98’inin defansif tıp uyguladığı, %96’sının bazı prosedürlerden, müdahalelerden veya yüksek riskli hastalara bakmaktan çekinme gibi kaçınma davranışlarının olduğu, %91’inin de güvence davranışı olarak tıbbi değeri olmayan ek hizmetler sunduğunu belirtilmiştir [129].

İran’da 2014 yılında yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılan 100 pratisyen hekimin %99’unun pozitif, %47’sinin negatif defansif tıp uygulamaları yaptığı, ayrıca erkeklerde kadınlara göre pozitif defansif tıp uygulamaları daha sık (erkek:%100, kadın:%97,2) görülürken, kadınlarda da erkeklere göre negatif defansif tıp uygulamalarının daha sık (kadın:%52.8, erkek:%43,8) görüldüğü belirtilmiştir [130].

2.3.3. Türkiye’de Defansif Tıp Uygulamaları

Ülkemizde defansif tıp ile ilgili çalışmalar diğer ülkelere göre nispeten daha yakın tarihlerde başlamıştır. Konuyla ilgili ilk önemli çalışma 2006 tarihinde yapılmış ve çalışmada 5237 Sayılı Kanun’da yer alan maddeler nedeniyle hekimler arasında defansif tıp uygulamalarının yaygınlaşabileceği belirtilmiştir [131].

Ülkemizde defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı ile ilgili ilk çalışma da 2008 yılında yapılmıştır. Konya’da yapılan çalışmaya katılan 762 hekim içerisinde defansif tıbbi az veya çok uyguladıklarını bildirenlerin ortalaması tüm defansif tıp uygulamalarını için %78,38, pozitif defansif tıp uygulamaları için %79,74 ve negatif defansif tıp uygulamalarını için %75,66 bulunmuştur [85]. Konya’da 2016 yılında yapılan bir başka çalışmada; çalışmaya katılan 173 hekimin %20,2’sinin yüksek düzey defansif tıp uygulaması yaptığı, %73,4’ünün orta düzey defansif tıp uygulaması yaptığı, %6,4’ünün ise düşük düzey defansif tıp uygulaması yaptığı belirtilmiştir [132].

İzmir’de 2013 tarihinde yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılan 81 hekimin %21’inin çok iyi, %49,3’ünün iyi, %23,5’inin orta derecede, %6,2’sinin zayıf derecede defansif tıp uyguladığı belirtilmiştir [122]. İzmir’de 2012 yılında yapılan çalışmada; çalışmaya katılan 31’i uzman, 31’i asistan olmak üzere toplam 62 kadın doğum hekiminin %24,2’sinin çok iyi, %50’sinin iyi, %25,8’inin orta derecede defansif tıp uyguladığı; erkek hekimlerin (%48,4) kadın hekimlere (%25,8) göre ve asistan hekimlerin (%45,1) uzman hekimlere (%29,1) göre daha defansif davrandığı sonucuna ulaşılmıştır [133].

Diyarbakır ilinde 2016 tarihinde yapıla bir çalışmada; çalışmaya katılan 200 hekimin %98’inin pozitif defansif tıp uygulaması yaptığı, %92’sinin negatif defansif tıp uygulaması yaptığı belirtilmiştir. Çalışmada ayrıca defansif tıp puanlarının; erkeklerde, cerrahi bilimlerde çalışanlarda, uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılındakilerde, hakkında malpraktis davası açılanlarda ve sigara kullananlarda anlamlı derecede yüksek bulunduğu belirtilmiştir [134].

2.3.4. Defansif Tıp Uygulamaları

Hasta ve hastalığın gereklerine göre normal tıbbi davranışlardan sapma olarak da nitelendirilen defansif tıbbi uygulamaların temelinde, dava edilme ve mesleki açıdan kınanma korkusu yatmaktadır [12, 14, 15]. Konu ile ilgili literatürde yapılan çalışmaların neredeyse tamamında; defansif tıba dair yapılan tanımlar göz önüne alındığında, bu uygulamaların, pratikte iki farklı görünüşle ortaya çıktığı dikkati çekmektedir [113, 114, 118, 120, 125, 126, 135-141].

Bunlardan birincisi; sorumluluktan kaçmak amacıyla uygulanan ve hasta için izlenecek prosedürlerin, tıbben herhangi bir faydası olmamasına rağmen artırılması tarzında olan ve uygulayıcının tıbbi uygulama hatası iddialarına karşı hastalığın teşhis ve tedavisinde üzerine düşenden daha fazlasını yaptığını göstermek amacıyla, hastadan çok uygulayıcıya fayda sunması amacıyla başvurduğu güvence davranışları olarak da adlandırılan, pozitif defansif tıbbi uygulamalardır. Bir diğeri ise; hastalığın ya da uygulanması gereken tıbbi müdahalenin barındırdığı, istenmeyen neticeye sebep olabilecek yüksek risk nedeniyle, hasta ile ilgilenmeme tarzında olan ve hastadan çok uygulayıcıya fayda sunması amacıyla başvurduğu çekinme davranışları olarak da tanımlanan, negatif defansif tıbbi davranışlardır [13, 14, 115, 121].

Hem pozitif hem de negatif defansif tıp uygulamalarında sağlık uygulayıcısının öncelikli amacı hastasının iyileşmesi değil, hakkında açılacak muhtemel tıbbi uygulama hatası davalarının önüne geçmektir [122]. Pozitif defansif tıpta hekim, hastalığın ve hastanın genel durumuna nazaran gerekli olmayan teşhis ve tedavi yöntemlerini uygulamakta, gerekli olmadığı halde hastaya yatış istemekte, daha fazla gözlem altında tutmakta ya da fazladan konsültasyon talep etmektedir. Negatif defansif tıpta ise hekim, tıbbi açıdan yüksek risk taşıyan hastalardan ve şikayet etme ihtimali bulunan hasta yakınlarından kaçınmakta, gerekli ancak yüksek risk taşıyan teşhis ve tedavi yöntemlerini uygulamamaya çalışmaktadır [12, 14, 115, 142-144].

2.3.4.1. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları

Hasta ve hastalığın gereklerine uygun tıbbi davranışlardan sapmak olarak da nitelendirilen defansif tıp uygulamalarının temelinde; tıbbi uygulama hatası nedeniyle dava edilme korkusu yatmaktadır [12, 14, 100].

Assurance behavior” (güvence davranışı) olarak da isimlendirilen [15, 143] pozitif defansif tıp uygulamaları hekimin; hastadan daha fazla kendi hukuki güvenliğini düşünerek ve olası tıbbi uygulama hatası davalarını bertaraf etmeyi amaçlayarak, hastanın menfaatlerini dikkate almadan, tıbben gereksiz ya da çok da fazla gerekli olmayan prosedürleri uygulaması ya da standart prosedürlerin üzerine çok fazla düşmesi olarak nitelendirilmektedir [13]. Pozitif defansif tıbbin belirleyici unsuru hekimin olası bir tıbbi uygulama hatası iddiasından korunmak amacıyla teşhis ve tedavide en ufak ayrıntıyı ve uzak riskleri dahi elindeki tüm imkanları kullanarak değerlendirdiği görünümü vermesidir [8].

Hekimler arasında, özellikle pozitif defansif tıbbi uygulamalar bağlamında, bu uygulamaların teşhis ve tedavi güvenilirliğini sağlaması açısından olumlu olduğu yönünde tartışmalar mevcuttur [143]. Pozitif defansif tıp uygulamalarının bir çoğu esasında, ilk bakışta hukuka uygun ve iyi tıbbi karşıladığı intibayı bırakmaktadır [13].

Kimi hekimler bu tip uygulamaların, özellikle kayıtların sıkı tutulması açısından olması gereken standartları yerleştirdiğini ve hekimlerde bu uygulamalar sayesinde, detaylı ve dikkatli not tutma alışkanlıklarının oluştuğunu belirtmişlerdir [14, 143]. Kaldı ki; kayıtların detaylı tutulması ya da hasta ile daha sıkı ilgilenilmesi türünden olan davranışlar, hasta hakları açısından da olması gereken standartlardır [13]. Aynı şekilde görüntüleme tetkiklerinin sık kullanılmasının teşhis aşamasında gözden kaçabilecek bulguları sıfıra indirebileceğine işaret etmişlerdir [145].

Bunlarla beraber, pozitif defansif tıbbi davranışların, beraberinde getirdiği mali külfet, kimi davranış kalıplarında hastaların zarar görme ihtimali ve uygulanış amaçları bakımından tıbbi etikte ters düşmesi; pozitif defansif tıbbin tartışılan yönleri olmuştur [13]. Pozitif defansif tıbbi uygulamalar arasında gösterilen ve hastaların zarar görme ihtimallerinin yüksek olduğu diğer uygulamalar ise, biyopsi gibi girişimsel uygulamalar ve sezaryen gibi cerrahi

müdahalelerdir. Bu tip uygulamalar hem maliyet hem de sağlık açısından hastalar üzerinde büyük etkiler yaratabilirler [14, 145].

2.3.4.1.1. Sık Karşılaşılan Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları

Pozitif defansif tıbbın uygulanma şekli, hastanın durumu, hastalığın durumu, hekimin uzmanlık alanı, hekim ve sağlık kurumunun hizmet algısı, tıbbi ve teknolojik imkanlar gibi pek çok parametreye göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bununla beraber yapılan pek çok çalışmada genel itibariyle aynı davranış kalıplarının gözlemlendiğini ve rapor edildiğini söylemek mümkündür [8].

Sık karşılaşılan pozitif defansif tıp uygulamaları karşılaşılan somut vakanın durumuna göre çeşitlendirilebilecekleri gibi yapılan çalışmalarda;

- 1) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile gerekenden fazla tahlil istenilmesi,
- 2) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile gerekenden fazla görüntüleme tetkikine başvurulması,
- 3) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile biyopsi gibi girişimsel işlemlere daha fazla başvurulması,
- 4) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile hastaların daha sık takip edilmesi,
- 5) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile gerekenden fazla konsültasyon istenilmesi,
- 6) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile gerekenden fazla yatış yapılması,
- 7) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile hastanın hastaneye yatış süresinin gerekenden uzun tutulması,
- 8) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile hastanın gerekenden fazla gözlem altında tutulması,
- 9) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile endikasyona ek olarak fazla ilaç reçete edilmesi,
- 10) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile ayrıntılı kayıt tutulması,
- 11) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile hastanın tüm işlemlerde gerekenden daha fazla bilgilendirilmesi,
- 12) Aydınlatılmış onam formu kullanılmasında dava ve tıbbi uygulama hatası endişesinin önemli bir yer tutması ve bilgilendirmenin daha fazla yapılması şeklinde sıralanmaktadır [12, 14, 15, 113, 115, 128, 143, 146-150].

2.3.4.2. Negatif Defansif Tıp Uygulamaları

Tıbbi uygulama hatasına bağılı dava ihtimalinin varlığı bir yandan hekimlerin pozitif defansif tıp olarak tanımlanan ekstra uygulamaları gerçekleştirmelerine neden olurken, bir yandan da negatif defansif tıp olarak tanımlanan ve yüksek risk içeren uygulamalardan kaçınmayı teşvik etmektedir [15].

“Avoidance Behavior” (kaçınma davranışı) olarak da adlandırılan negatif defansif tıp uygulamaları pozitif defansif tıp uygulamalarında olduğu gibi hekimin tıbbi uygulama hatası yapma ve dava edilme korkusu nedeniyle yöneldiğı davranışlardır. Ancak negatif defansif tıp uygulamalarında, pozitif defansif tıptan farklı olarak; hekim sorumluluktan kaçmak için güvence davranışları değil de kaçınma davranışları olarak adlandırılan uygulamalar ve hareketler gerçekleştirmektedir [13, 113, 148].

Dava edilme ihtimali, yüksek risk içeren tedavileri uygulamakta istekli olabilecek hekimler için caydırıcı bir faktör olabilmektedir [143]. Hekim tıbbi görgü ve bilgisi yeterli olmasına rağmen şikayet etme ihtimali yüksek, sorunlu hasta ve hasta yakınlarından, yüksek risk içeren hastalardan ve yüksek risk içeren teşhis, tedavi yöntemi ve uygulamalardan kaçınarak sorumluluğı üzerinden atmaya çalışmaktadır. Yapılan çalışmalar negatif defansif tıp uygulamalarının pozitif uygulamalar kadar sık uygulanan ve rağbet gören davranışlar olmadığını, ancak günden güne klinik uygulamalarda görülme sıklığının arttığını ifade etmiştir [8, 113, 148].

Negatif defansif tıp uygulamalarının, bazı durumlarda iyi tıbbi karşıladığı ifade edilse de, genel eğilim, negatif defansif tıbbi uygulamaların hastaya en fazla zarar verme ihtimali olan, aynı zamanda pek çok riski içinde barındıran uygulamalar olduğu ve yasal açıdan savunulacak herhangi bir tarafının olmadığı yönündedir [13, 151]. Bazı yazarlara göre negatif uygulamalara en çok başvuran hekimlerin, en fazla malpraktis iddiası ile karşı karşıya kalan uzmanlık alanlarının mensupları olduğu belirtilmektedir [13].

Dikkat çeken bir diğerk nokta da, malpraktis davalarından korunmak amacıyla başvurulanan negatif defansif tıp uygulamalarının oluşturacağı olumsuz yasal tablodur. Negatif defansif tıp uygulamaları olarak belirtilen; hasta için gerekli tanı ve tedavi yöntemlerinin

kullanılmaması ve uygun olmayan şartlarda başka hastane yada hekimlere yönlendirilmesi neticesinde hasta için olumsuz sonuçlar meydana gelmekte, bunun sonucunda da hekim kendisini korumak amacıyla uyguladığı kaçınma davranışlarına bağlı malpraktis davaları ile karşı karşıya gelmektedir [152].

2.3.4.2.1. Sık Karşılaşılan Negatif Defansif Tıp Uygulamaları

Negatif defansif tıbbi uygulamaların görünüşleri de pek çok kıstas ve şarta bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Sağlık kurumunun mevcut statüsü, sahip olduğu teknolojik imkanlar ve hekimin tıbbi algısı negatif defansif tıp uygulamalarının türlerinde belirleyici olabilmektedir [13].

Sık karşılaşılan negatif defansif tıp uygulamaları karşılaşılan somut vakanın durumuna göre çeşitlendirilebilecekleri gibi yapılan çalışmalarda;

- 1) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile yaşamsal riske sahip hastaların kabul ve takibinden kaçınma,
- 2) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile daha etkili ancak komplikasyon ihtimali yüksek tedavi yöntemlerinden kaçınma,
- 3) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile agresif hasta ve hasta yakını varlığında bu hastaların kabul ve takibinden kaçınma,
- 4) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile invaziv (girişimsel) tedavi yöntemlerinin uygulanmasından kaçınma,
- 5) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile servisinde tedavi ve takip imkanı olmasına rağmen riskli hastaları başka hekim veya hastanelere yönlendirme,
- 6) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile reçete yazarken daha etkili ilaçlar yerine daha sık kullanılan ve yan etkisi daha az olan ilaçları tercih etme,
- 7) Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi ile nöbet usulü çalışmaktan kaçınma şeklinde sıralanmaktadır [12, 14, 15, 113, 115, 128, 143, 147-151].

2.3.5. Defansif Tıp Uygulamasının Nedenleri Ve Çözüm Önerileri

Sağlık hizmetleri açısından büyük bir sorun olan defansif tıp uygulamalarına yol açan en büyük unsur yine sağlık hizmeti içindeki önemli bir başka sorun olan tıbbi uygulama hataları ve bu hataların uygun olmayan hukuki enstrümanlarla yargılanmasıdır [100].

Defansif tıbbin oluşmasında ana etken hastalarda oluşan, hekimlerin tıbbi uygulamalarının sorgulanması yetisidir. Bu çerçevede kendiliğinden ortaya çıkan tıbbi uygulama hatası davaları ve davaların sebep olduğu tazmini maliyetler ile zorunlu mesleki sorumluluk sigortası primlerinin yükselmesi hekimler üzerinde hem ekonomik hem de psikolojik baskılar yaratmaktadır. Dolayısıyla tıbbin uygulanması esnasında hekimin gözettiği öncelikler sıralamasında hastasının sağlık durumu ile kendi hukuki güvenliği kimi zaman yer değiştirerek defansif tıbbin ortaya çıkmasına neden olmuştur [8]. Ayrıca hekimin tıbbi uygulamanın hukuki çerçevesini iyi çizememesi ve tıbbi uygulama hatası tedirginliğine düşmesi defansif uygulamalara yönelmesine ve dolayısıyla bir yanıştan kaçarken başka bir yanışa davetiye çıkarmasına neden olmaktadır [100].

Defansif tıp uygulamaları en genel ifadeyle, tıbbi uygulama hatası iddialarının ve aleyhte olduğu düşünen mevzuatların hekimler üzerinde yarattığı baskı nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Hekimler bu tür uygulamalarla, olası bir malpraktis iddiasını ve bunun doğrudan sonucu olan dava edilme ihtimalini bertaraf etmeyi amaçlamaktadır. Ancak bu tür uygulamalardaki en büyük çelişki, hekimin uzaklaştığını düşündüğü malpraktis iddiası ihtimalini yaklaştırma ihtimalinin yüksek olmasıdır. Fazladan ilaç yazma, gerekli olmadığı halde cerrahi müdahalede bulunma, riskli hastaları yeterli teşhis ve tedavi imkanları olduğu halde sevk etme gibi davranışlar, çoğu zaman hem tıbbin hem de hukukun meşru gördüğü sınırların aşılmasına neden olmakta, hekim bu tür davranışlarla, hasta haklarına aykırı, hukuki ve cezai sorumluluk doğurabilecek ve meslek etiği ile bağdaşmayan bir neticenin meydana gelmesine neden olabilmektedir [100].

Tıbbi uygulamaları düzenleyen yasal sistemler ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilen farklı caydırıcılara dayanabilir [14]. Çoğu kişi malpraktis davalarının hekimleri normalde gerekmeyecek tetkikleri istemeye sürüklediğini ve yasal reformların gereksiz masrafları azaltabileceğine inanmaktadır [153].

Bir başka görüŖe göre de yasal anlamda düzenlenecek yaptırımlardan ziyade, mesleki kıstasların koyulmasının, teşhis ve tedavi yöntemlerinde standart prosedürlerin belirlenerek meslek odaları ve uzmanlık dernekleri aracılığıyla güncellenmesinin defansif tıp ve malpraktis konusundaki sorunların çözümünde daha fazla yardımcı olacağını düşünmektedir [100]. Bu kısır döngüye çözüm olarak klinik risk yönetimi stratejilerinin uygulanması da önerilen başka bir yoldur [120].

Risk yönetimi, “potansiyel fırsatların ve bunların olumsuz etkilerinin etkin bir şekilde yönetilmesine yönelik kültür, süreçler ve yapılar” olarak tanımlanmıştır. Riskin tanımlanması, değerlendirilmesi ve sıralaması, riski tedavi etmek veya yönetmek için stratejilerin getirilmesi ve bu stratejilerin değerlendirilmesini içerir. Klinik bağlamda, tıbbi uygulama hatalarının sıklığını ve niteliğini belirleyerek ve gelecekte ortaya çıkacak bu hataların olasılığını azaltmak için yollar geliştirerek hasta güvenliğini artırmak için stratejik bir yaklaşımın geliştirilmesidir [120].

Klinik risk yönetiminde uygulanacak 10 strateji aşağıdaki gibidir;

1. İyi kayıtlar tutun,
2. Tüm tartışmaları hastayla belgeleyin,
3. Kayıtları değiştirmeyin,
4. Yönlendirmeleri takip edin ve sonuçları test edin,
5. Reçete yazmadan önce geçmişi kontrol edin,
6. Telefonla teşhis ve işlem yapmayın,
7. İlgilendiğinizi hastalarınıza gösterin,
8. Hastalara “yeterli” zaman ayırın,
9. Olumsuz olayları proaktif olarak yönetin,
10. Kuruluşunuzla tıbbi savunmanızı görüşün [154].

Defansif tıp, toplumun; tıbbi uygulamanın en iyi ellerde olsa bile, sınırlamaları olduğunu kabul edene ve daha az ihtiyatlı bir yaklaşım izleyene kadar ödemeye devam edeceği bedeldir. Hekimlerin klinik risk yönetimi için daha geniş bir yaklaşım benimsemeleriyle, defansif tıp uygulama gereksinimlerinin azaltılacağını beklemek makul olsa da, bu tür tutum değişiklikleri gerçekleşinceye kadar, defansif tıp uygulanmaya devam edecektir [120].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Hekimlerin sağlık sistemi içerisindeki tükenmişlik düzeyleri, kusurlu tıbbi uygulamaları ile pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına eğilimlerinin tespiti ve bu tutumlarının nedenleri ile sorun alanları belirlenerek çözüm önerileri geliştirilmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Türü

Hekimlerin tükenmişlik düzeyleri, kusurlu tıbbi uygulamaları ve tutumları ile pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına eğilimlerini ölçmeyi hedefleyen, yüz yüze yapılmış, kesitsel ve tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Eylül 2018 ile Mart 2019 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan dahili, cerrahi ve temel bilimlerde görevli asistan, uzman ve öğretim üyesi hekimler oluşturmuş, gerekli kurumsal izinler alınmıştır (Ek 2, Ek 3).

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme; çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden asistan, uzman ve öğretim üyesi hekimlerden oluşmaktadır. Araştırmanın planlama aşamasında; örneklem büyüklüğü 600 hekim olarak hesaplanmış olup, araştırmaya katılmayı kabul eden dahili bilimlerden 325, cerrahi bilimlerden 251, temel bilimlerden 11 olmak üzere toplam 592 hekime ulaşılmış ve analize dahil edilmiştir.

3.5. Çalışmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışması, tıp fakültesinden mezun olması, yapılan araştırmaya katılmayı kabul etmesi şeklindedir.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri; tıp fakültesinden mezun olmaması ve araştırmaya katılmayı reddetmesi şeklindedir.

3.6. Etik Kurul Görüşü

Çalışma önerisi ve hazırlanan Etik Kurul Başvuru Formu 27.07.2018 tarihinde İstanbul Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunuldu ve 13.08.2018 tarihinde etik sakınca bulunmadığı konusunda onay verildi (8. Madde).

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere 14 adet demografik bilgiler, 22 adet Maslach Tükenmişlik Ölçeği, 16 adet Kusurlu Tıbbi Uygulamalar, 12 adet Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları, 12 adet Negatif Defansif Tıp Uygulamalarına ilişkin olmak üzere toplam 76 adet yapılandırılmış ve açık uçlu sorudan oluşan ve hekimlerin tükenmişlik düzeyleri, kusurlu tıbbi uygulamalar ve defansif tıp uygulamalarına ilişkin tutum ve davranışlarını soran “Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki” anket formu uygulanmıştır (Ek 1).

3.7.1. Demografik Veri Formu

Hazırlanan demografik veri formu cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk varlığı-sayısı, hekimlik mesleğinde geçen toplam süre, çalışılan kurum, uzmanlık dalı, mevcut uzmanlık dalında geçen toplam süre, unvan, haftalık çalışma saati, hekimlik mesleğini seçme nedeni, mevcut branşı seçme nedeni, mevcut çalışma şartlarından memnuniyet olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.7.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Toplam 22 maddeden oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), duygusal tükenme duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır (Ek 1).

Duygusal Tükenme: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20'nci maddeler olmak üzere toplam 9 madde ile ölçülmektedir. Puan aralığı 0-36 arasındadır. Olumsuz ifadeler içeren bu maddelerden alınacak yüksek puanlar daha fazla duygusal tükenme yaşandığını ifade etmektedir.

Duyarsızlaşma: 5, 10, 11, 15 ve 22'nci maddeler olmak üzere toplam 5 madde ile ölçülmektedir. Puan aralığı 0-20 arasındadır. Olumsuz ifadeler içeren bu maddelerden alınacak yüksek puanlar daha fazla duyarsızlaşma yaşandığını ifade etmektedir.

Kişisel Başarı Hissi: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21. maddeler olmak üzere toplam 8 madde ile ölçülmektedir. Puan aralığı 0-32 arasındadır. Maddeler olumlu ifadeler içermektedir. Bu nedenle alınacak yüksek puanlar daha fazla kişisel başarı hissi duyulduğunu göstermektedir.

Tüm alt ölçeklerle ilgili olarak yaşanan duyguların yaşanma sıklığı, Likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklıkla artan puanlama ile '0' dan '4' e kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. Ölçekte yer alan ifadeler, şiddet derecelerine göre 0. hiçbir zaman, 1. çok nadir, 2. bazen, 3. çoğu zaman, 4. her zaman seçeneklerinin seçilerek yanıtlanmasını gerektirir. Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma alt ölçekleri olumsuz, Kişisel Başarı Hissi alt ölçeği ise olumlu yanıtları içermektedir. Puanlar her alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Tükenmişliği olan bireylerde Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma puanlarının yüksek, Kişisel Başarı hissi puanlarının düşük düzeylerde olması beklenmektedir. Değerlendirmeler sırasında alınan MTÖ alt kategori puanları için herhangi bir “kesim noktası” kullanılmamıştır.

3.7.3. Tıbbi Uygulama Hatası Veri Formu

Toplamda 16 adet tıbbi uygulama hatasına ilişkin bilgi ve tutum sorularından oluşmaktadır (Ek 1). Tıbbi uygulama hataları ve önlemlere ilişkin hizmet içi eğitim, malpraktis endişesi, malpraktis gerçekleştirilmesi halinde sergilenecek tutumlar, tıbbi uygulama hatalarının olası nedenleri, meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği, zorunlu mali sorumluluk sigortası hakkında görüşler,

malpraktis iddiası ile kurum içi soruşturma ve dava açılıp açılmadığına ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

3.7.4. Pozitif Defansif Tıp Veri Formu

Toplamda 12 maddeden oluşan formda pozitif defansif tıp tutumuna ilişkin sorular bulunmaktadır (Ek 1). Formda yer alan ifadeler, şiddet derecelerine göre 0. hiçbir zaman, 1. çok nadir, 2. bazen, 3. çoğu zaman, 4. her zaman seçeneklerinin seçilerek yanıtlanmasını gerektirir. Pozitif defansif tıp uygulamalarının yaşanma sıklığı, Likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklıkla artan puanlama ile '0' dan '4' e kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. Toplamda 12 soruya verilen cevapların toplamı Pozitif Defansif Tıp skorunu oluşturur. Pozitif Defansif Tıp skorunun puan aralığı 0-48 arasındadır. Değerlendirmeler sırasında alınan Pozitif Defansif Tıp puanları için herhangi bir “kesim noktası” kullanılmamıştır.

3.7.5. Negatif Defansif Tıp Veri Formu

Toplamda 12 maddeden oluşan formun ilk 7 maddesi negatif defansif tıp tutumuna ilişkin sorulardan oluşmaktadır (Ek 1). 7 sorudan oluşan formda yer alan ifadeler, şiddet derecelerine göre 0. hiçbir zaman, 1. çok nadir, 2. bazen, 3. çoğu zaman, 4. her zaman seçeneklerinin seçilerek yanıtlanmasını gerektirir. Negatif defansif tıp uygulamalarının yaşanma sıklığı, Likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklıkla artan puanlama ile '0' dan '4' e kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. Negatif Defansif Tıp skorunun puan aralığı 0-28 arasındadır. Negatif Defansif Tıp puanları için herhangi bir “kesim noktası” kullanılmamıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutumlarını saptamak için pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına ilişkin sorulardan oluşan formun güvenilirlik analizinde, formun iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur. Cronbach alfa değerleri Defansif Tıp Uygulaması için 0,928, Pozitif Defansif Tıp Uygulaması için 0,916, Negatif Defansif Tıp Uygulaması için 0,886 bulunmuştur.

Çalışmamızda ayrıca pozitif ve negatif defansif tıp sorularına verilen cevaplarda; tüm sorulara hiçbir zaman cevabı veren hekimlerin defansif tıp uygulamadığı, en az 1 soruda hiçbir zaman cevabı dışında başka bir cevap verilmesi halinde hekimlerin defansif tıp uyguladığı kabul edilmiştir.

Formun son 5 sorusu ise; dava ve tıbbi uygulama hatası endişesinin uzmanlık alanı seçimine, geçmişte uzmanlık alanı değişimine etkisinin olup olmaması ile şu an uzmanlık alanı değişikliği, mesleği bırakma veya erken emeklilik düşünülüp düşünülmediğine ilişkin sorulardan oluşmaktadır (Ek 1).

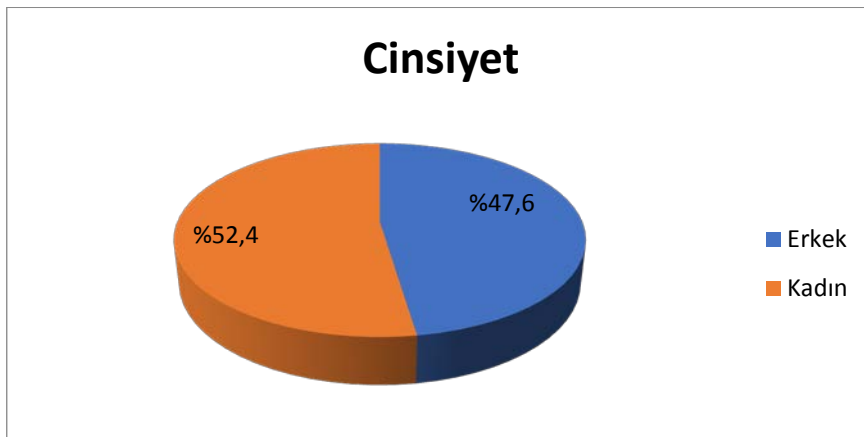
3.8.Verilerin Analizi

Örneklemden elde edilen verilerin analizini yapmak için SPSS 21.0 paket programı kullanıldı. Örneklem grubunun bağımsız değişkenler açısından normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, basıklık ve çarpıklık katsayıları ile değerlendirildi. Katsayıların -1,5 ile +1,5 arasında olması durumunda verinin normal dağıldığı varsayıldı. Kategorik değişkenler arası ilişkilerde Ki-kare Testi kullanıldı. İstatistiksel analizlerde normal dağılıma uyanlarda tek yönlü Anova ve bağımsız gruplarda t testi; normal dağılıma uymayanlarda ise Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanıldı ve ortalama değerler “aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma” şeklinde gösterildi. Anlamlı fark bulunan değişkenlerde, alt gruplar arasındaki farkların yorumlanması için Post-hoc testler kullanıldı. Tükenmişlik alt grupları ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasında ilişki varlığı Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Bulgular

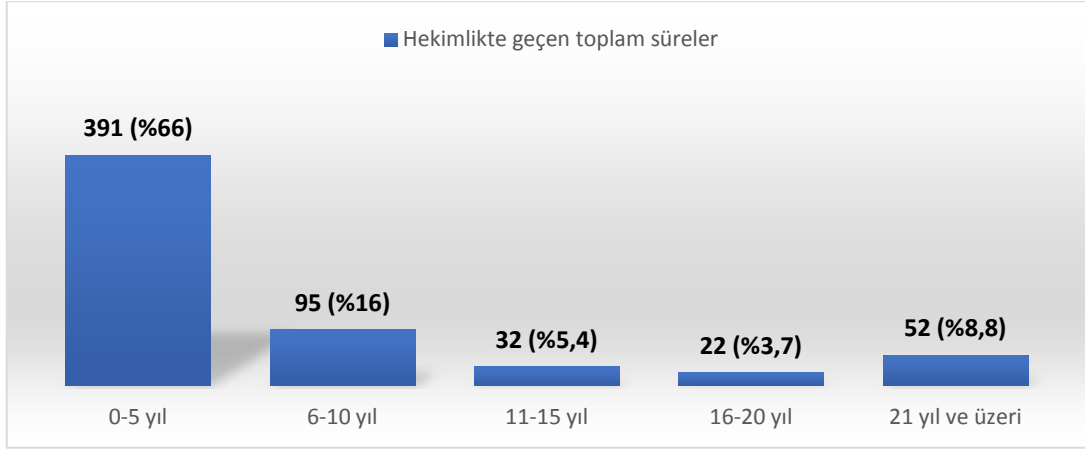
Çalışmamızda; veri toplama süresi içinde İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan, gereç ve yöntem bölümünde belirtilen kriterlere uygun 592 hekim ile görüşülmüştür. Çalışmaya katılan hekimlerin %47,6'sı (n:282) erkek, %52,4'ü (n:310) kadın olup (Şekil 1), yaş ortalaması $31,4 \pm 8,4$ (min:23, max:66) dır.



Şekil 1: Cinsiyet dağılımı

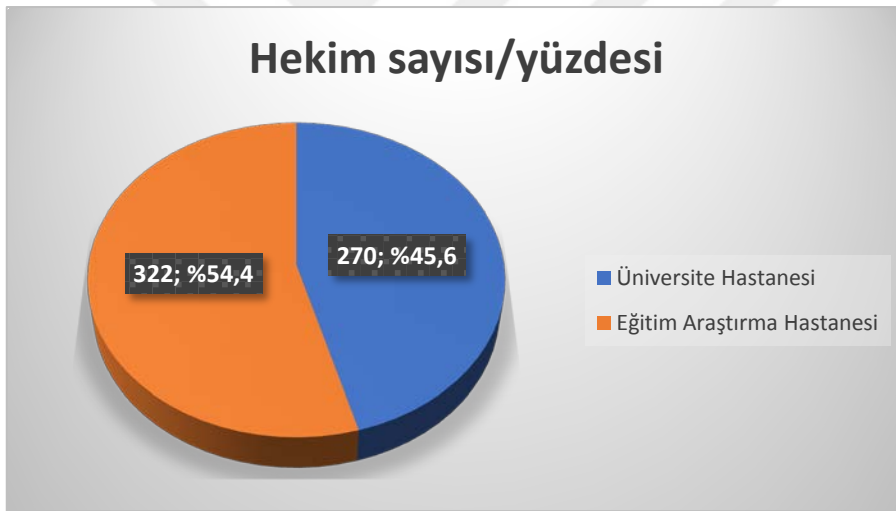
Hekimlerin %43,6'sı (n:258) evli, %56,4'ü (n:334) bekar olup, %72,8'inin (n:431) çocuğu olmadığı, %15,4'ünün 1, %11,1'inin 2, %0,7'sinin 3 çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Hekimlerin ortalama çalışma süresi $7 \pm 8,5$ yıl (0-41) olup, hekimlikte geçen toplam süresine bakıldığında; %66'sında (n:391) 0-5 yıl arasında, %16'sında (n:95) 6-10 yıl arasında, %5,4'ünde (n:32) 11-15 yıl arasında, %3,7'sinde (n:22) 16-20 yıl arasında ve %8,8'inde (n:52) 21 yıl ve üzerinde olduğu görülmüştür (Şekil 2).



Şekil 2: Hekimlikte geçen sürelerin hekimler arasındaki dağılımı.

Çalışmaya katılan hekimlerin %45,6'sı (n:270) üniversite hastanesinde, %54,4'ü (n:322) eğitim araştırma hastanesinde görev yapmaktadır (Şekil 3).



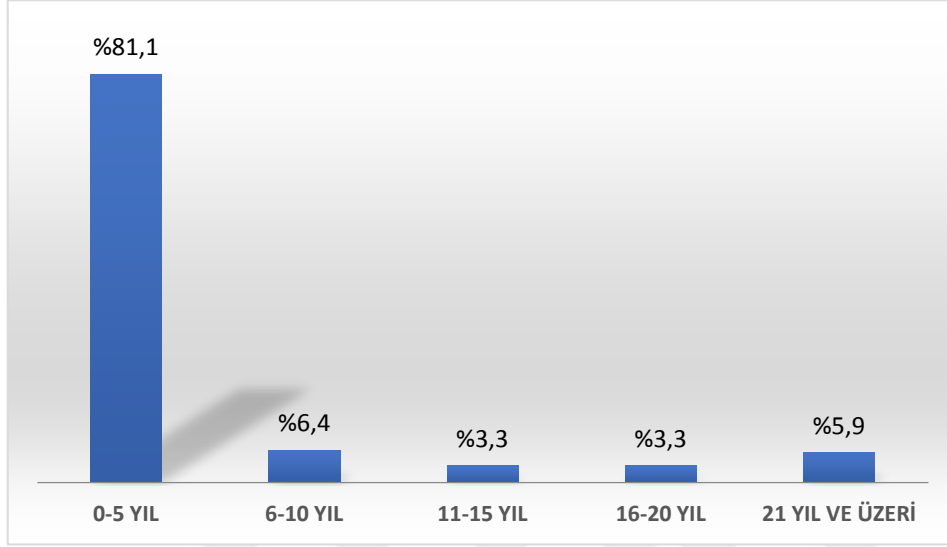
Şekil 3: Çalışmaya katılan hekimlerin görev yaptıkları hastane dağılımları

Çalışmaya katılan hekimlerin %55,4'ü (n:325) dahili bilimlerde, %42,8'i (n:251) cerrahi bilimlerde, %1,9'u (n:11) temel bilimlerde görev yaptığı görülmüştür. 37 farklı uzmanlık alanında çalıştıkları gözlemlenen hekimlerin %14,7'sinin Dahiliye Anabilim Dalı, %12,3'ünün Genel Cerrahi Anabilim Dalı ve %10,3'ünün de Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı'nda görev yaptığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Çalışmaya katılan hekimlerin uzmanlık alanları

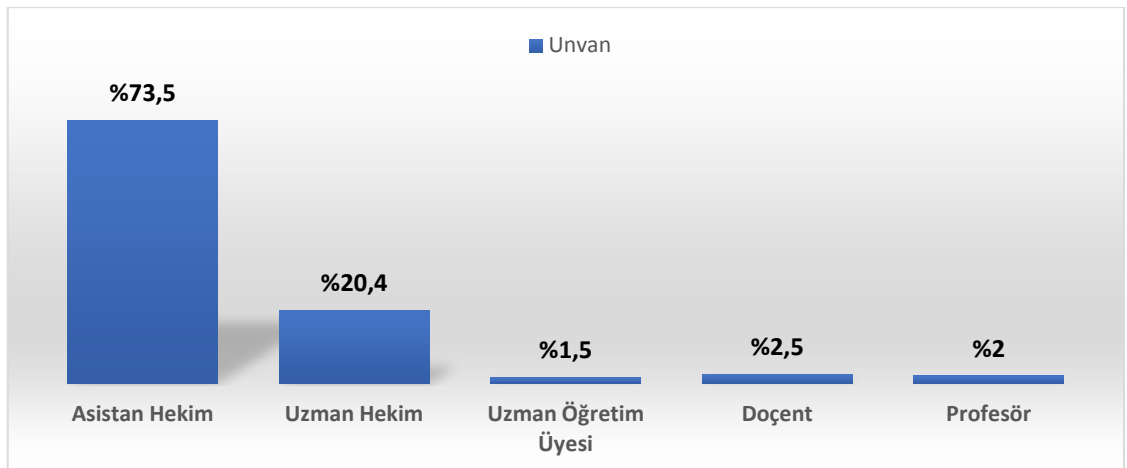
Uzmanlık Alanları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bilinmeyen	5	0,8
Acil Tıp	47	7,9
Adli Tıp	10	1,7
Aile Hekimliği	33	5,6
Anatomi	2	0,3
Anestezi	61	10,3
Biyokimya	4	0,7
Çocuk Cerrahisi	1	0,2
Çocuk Psikiyatrisi	10	1,7
Dahiliye	87	14,7
Dermatoloji	14	2,4
Enfeksiyon Hastalıkları	8	1,4
Farmakoloji	2	0,3
Fizik Tedavi	3	0,5
Fizyoloji	3	0,5
Genel cerrahi	73	12,3
Göğüs Hastalıkları	7	1,2
Göz Hastalıkları	20	3,4
Halk Sağlığı	9	1,5
Histoloji ve Embriyoloji	2	0,3
Kadın Doğum	23	3,9
Kalp Damar Cerrahisi	2	0,3
Kardiyoloji	2	0,3
Kulak Burun Boğaz Has.	3	0,5
Nöroloji	13	2,2
Nöroşirurji	10	1,7
Ortopedi	18	3,0
Pediyatri	43	7,3
Plastik Cerrahisi	2	0,3
Psikiyatri	12	2,0
Radyoloji	4	0,7
Spor Hekimliği	3	0,5
Sualtı Hekimliği	6	1,0
Tıbbi Ekoloji	4	0,7
Tıbbi Genetik	2	0,3
Tıbbi Onkoloji	6	1,0
Tıbbi Patoloji	26	4,4
Üroloji	12	2,0
Toplam	592	100,0

Hekimlerin bulundukları uzmanlık dalında ortalama çalışma süresi $4,8 \pm 6,9$ yıl (0-41) olup, bulundukları uzmanlık dalında geçen toplam hekimlik sürelerine bakıldığında; %81,1'inin (n:443) 0-5 yıl arasında, %6,4'ünün (n:35) 6-10 yıl arasında, %3,3'ünün (n:18) 11-15 yıl arasında, %3,3'ünün (n:18) 16-20 yıl arasında ve %5,9'unun da (n:32) 21 yıl ve üzerinde çalıştığı görülmüştür (Şekil 4).



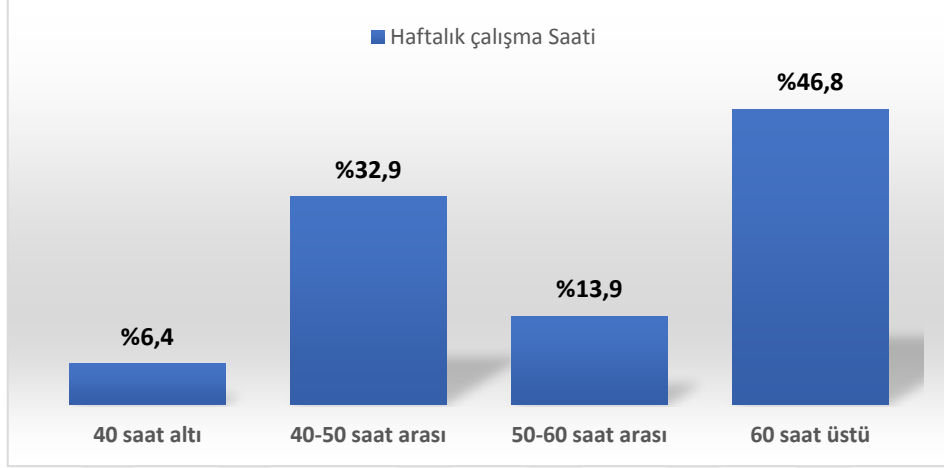
Şekil 4: Mevcut uzmanlık dalında geçirilen süre dağılımları

Çalışmaya katılan hekimlerin %73,5'i (n:435) asistan, %20,4'ü (n:121) uzman, %1,5'i (n:9) uzman öğretim üyesi, %2,5'i (n:15) doçent, %2'si (n:12) profesördür (Şekil 5).



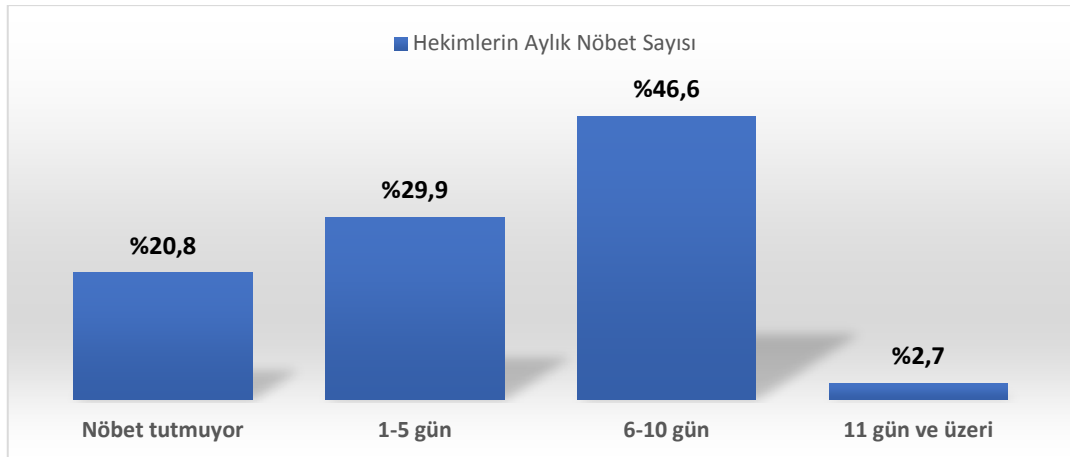
Şekil 5: Hekimlerin unvan dağılımları

Çalışmaya katılan hekimlerin haftalık çalışma saatlerine bakıldığında; hekimlerin %6,4'ünün (n:38) 40 saat altı, %32,9'unun (n:195) 40-50 saat arası, %13,9'unun (n:82) 50-60 saat arası, %46,8'inin (n:277) 60 saat üzeri çalıştığı görülmüştür (Şekil 6).



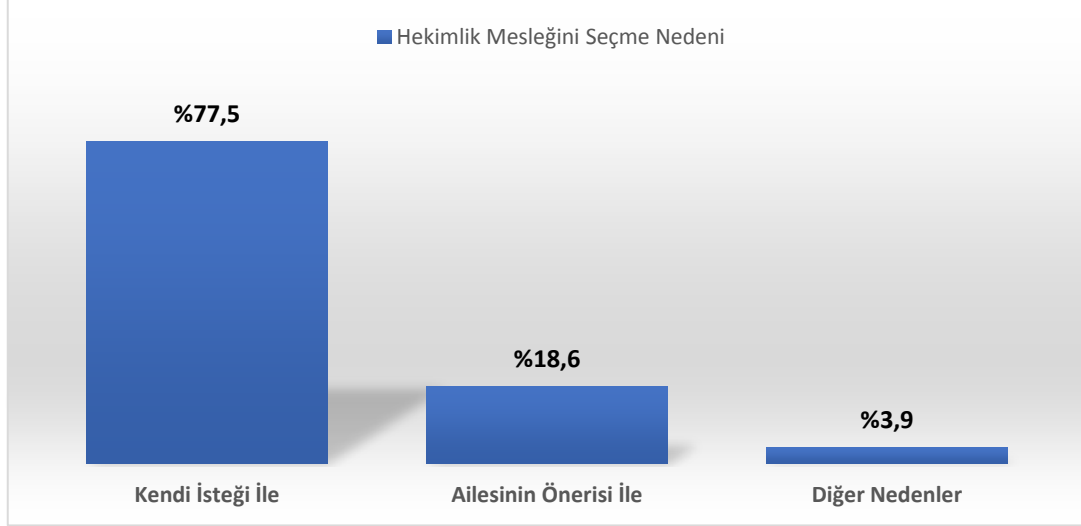
Şekil 6: Hekimlerin haftalık çalışma saati dağılımları

Çalışmaya katılan hekimlerin aylık ortalama nöbet sayıları ortalama $4,9 \pm 3,5$ (0-15) olup, %20,8'inin (n:123) nöbet tutmadığı, %29,9'unun (n:177) aylık ortalama 1-5 gün arası nöbet tuttuğu, %46,6'sının (n:276) aylık ortalama 6-10 gün arası nöbet tuttuğu, %2,7'sinin (n:16) aylık ortalama 11 gün ve üzeri nöbet tuttuğu görülmüştür (Şekil 7).



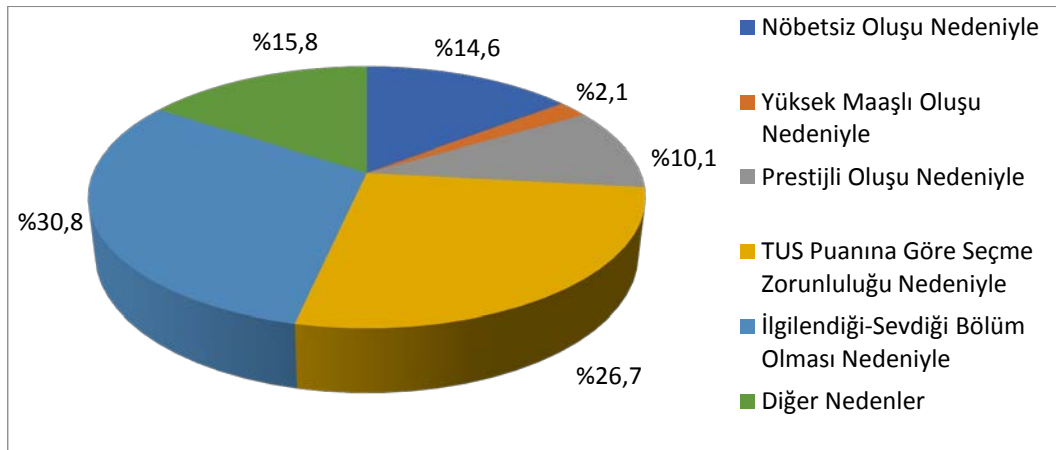
Şekil 7: Hekimlerin aylık ortalama nöbet sayısı dağılımları

Katılımcılara hekimlik mesleğini seçme nedeni sorulduğunda; hekimlerin %77,5'inin (n:459) kendi isteği ile, %18,6'sının (n:110) ailesinin önerisi ile, %3,9'unun da (n:23) diğer nedenlerle seçtiği görülmüştür (Şekil 8).



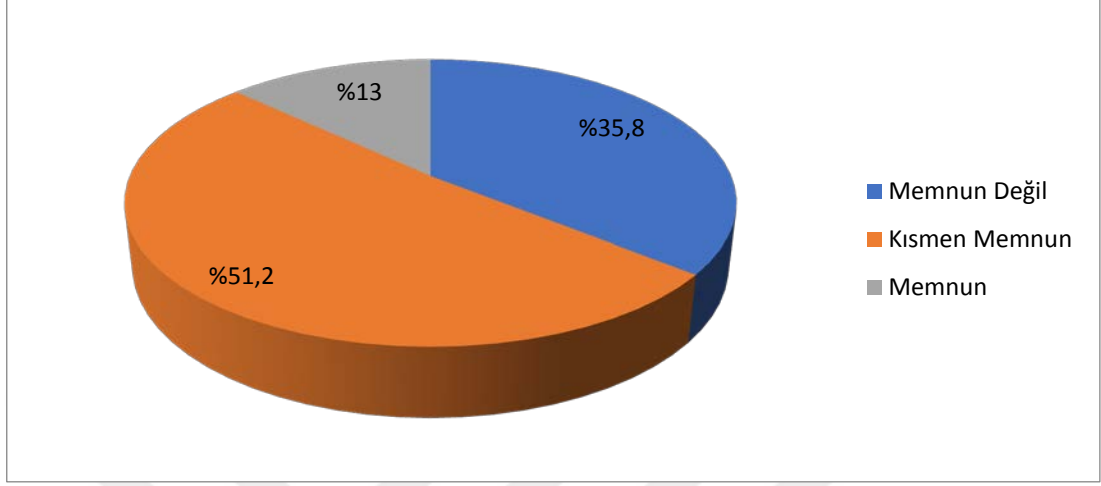
Şekil 8: Hekimlik mesleğini seçme nedenlerinin dağılımı

Hekimlere şu anki branşını seçme nedeni sorulduğunda; hekimlerin %14,6'sının (n:84) nöbetsiz oluşu nedeniyle, %2,1'inin (n:12) yüksek maaşlı oluşu nedeniyle, %10,1'inin (n:58) prestijli oluşu nedeniyle, %26,7'sinin (n:154) TUS puanına göre tercih yapma zorunluluğu nedeniyle, %30,8'inin (n:178) ilgilendikleri ve sevdikleri bölüm olması nedeniyle, %15,8'inin de (n:91) diğer nedenlerle seçtiği görülmüştür (Şekil 9).



Şekil 9: Hekimlerin mevcut branşlarını seçme nedenlerinin dağılımı

Hekimlerin %35,8'i (n:212) mevcut çalışma şartlarından memnun olmadığını, %51,2'si (n:303) mevcut çalışma şartlarından kısmen memnun olduğunu, %13'ü de (n:77) mevcut çalışma şartlarından memnun olduğunu belirtmiştir (Şekil 10).



Şekil 10: Hekimlerin mevcut çalışma şartlarından memnuniyet dağılımı

4.2.Tükenmişlik Bulguları

Toplam 22 maddeden oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır.

Maslach Tükenmişlik Envanterindeki Duygusal Tükenmeye ilişkin olumsuz ifadeler içeren 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20'nci maddelere verilen cevaplar incelendiğinde; hekimlerin sorulara verdiği cevapların Tablo 2'deki gibi olduğu görülmüştür.

Tablo 2: Maslach Tükenmişlik Envanterindeki Duygusal Tükenme sorularına verilen cevaplar

Sorular/ Sıklık (%)	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
İşimden soğuduğumu hissediyorum.	4,2	17,1	45,9	25,2	7,6
İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.	2,9	15,2	35,2	32,8	13,9
Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.	16,6	29,9	32,8	15,4	5,4
Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.	2,4	18,6	38	30,1	11
Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.	9	23,6	37,3	24,2	5,9
İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.	3,9	18,4	33,4	30,6	13,7
İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.	3,4	10,8	24,7	37,3	23,8
Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	7,3	24,7	41	20,4	6,6
Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.	36	28,5	23,3	8,3	3,9

Maslach Tükenmişlik Envanterindeki Duyarsızlaşmaya ilişkin olumsuz ifadeler içeren 5, 10, 11, 15 ve 22'nci maddelere verilen cevaplar incelendiğinde; hekimlerin sorulara verdiği cevapların Tablo 3'deki gibi olduğu görülmüştür.

Tablo 3: Maslach Tükenmişlik Envanterindeki Duyarsızlaşma sorularına verilen cevaplar

Sorular/ Sıklık (%)	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değillermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.	32,7	34,1	24,4	7,3	1,5
Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.	8,1	22,3	34,1	28,5	6,9
Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.	9,1	20,9	33,8	27	9,1
İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.	51,3	28,9	13,7	4,4	1,7
İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.	9,5	20,1	35,3	26,7	8,4

Maslach Tükenmişlik Envanterindeki Kişisel Başarı Hissine ilişkin olumlu ifadeler içeren 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21'nci maddelere verilen cevaplar incelendiğinde; hekimlerin sorulara verdiği cevapların Tablo 4'deki gibi olduğu görülmüştür.

Tablo 4: Maslach Tükenmişlik Envanterindeki Kişisel Başarı sorularına verilen cevaplar

Sorular/ Sıklık (%)	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.	0,2	5,1	29,7	57,1	7,9
İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.	0,3	2,5	20,2	66,2	10,7
Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.	1	5,4	25,8	48,1	19,6
Çok şeyler yapabilecek güçteyim.	2,5	15,9	31,6	40,2	9,8
İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.	2	12,3	36	43,2	6,4
İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.	9	27,7	36,7	23,5	3
Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.	6,9	22,3	38,7	28,8	3,2
İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.	3,4	10,3	31,9	46,3	8,1

Tüm alt ölçeklerle ilgili olarak yaşanan duyguların yaşanma sıklığı, Likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklıkla artan puanlama ile '0' dan '4' e kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilmiştir. Ölçekte yer alan ifadeler, şiddet derecelerine göre 0. hiçbir zaman, 1. çok nadir, 2. bazen, 3. çoğu zaman, 4. her zaman seçeneklerinin seçilerek yanıtlanmıştır.

Buna göre; çalışmaya katılan hekimlerin Duygusal Tükenme (DT) skoru puan ortalaması $18,5 \pm 6,7$ (min:0, max:36), Duyarsızlaşma (DY) skor puan ortalaması $8 \pm 3,5$ (min:0, max:20), Kişisel Başarı (KB) skor puan ortalaması $19,4 \pm 4$ (min:7, max:32) bulunmuştur.

Tükenmişlik alt grupları ile cinsiyet kıyaslamasında; cinsiyet ile Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Erkeklerde kadınlara göre Kişisel Başarı hissi anlamlı düzeyde daha yüksek görülmüştür. Cinsiyet ile Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,989$, $p=0,572$). Cinsiyet ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5: Cinsiyet ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki

	CİNSİYET							
	Erkek				Kadın			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Duygusal Tükenme	281	18,50	6,48	18,00	307	18,50	6,97	19,00
Duyarsızlaşma	281	8,06	3,78	8,00	308	7,97	3,43	8,00
Kişisel Başarı	282	20,14	4,12	20,00	305	18,72	3,78	19,00

Tükenmişlik alt grupları ile yaş kıyaslamasında; yaş ile 3 tükenmişlik alt boyutu (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı) skorları arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,005$, $p=0,000$, $p=0,000$).

Duygusal Tükenme ile yaş kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; 20-25 yaş - 26-30 yaş grubu ($p=0,050$) ve 46 ve üzeri yaş - 26-30 yaş grubudur ($p=0,049$). 26-30 yaş

grubundaki hekimlerde 20-25 yaş ve 46 ve üzeri yaş grubundaki hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duygusal Tükenme oranları görülmüştür. Diğer yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Yaş ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6: Yaş aralıkları ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
20-25 yaş	62	16,32	7,43	15,00
26-30 yaş	329	19,05	6,73	19,00
31-35 yaş	81	18,48	6,67	18,00
36-40 yaş	33	19,09	6,08	19,00
41-45 yaş	16	19,94	6,12	21,00
46 ve üzeri	48	16,29	6,12	15,50

Duyarsızlaşma ile yaş kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; 46 yaş ve üzeri - 20-25 yaş grubu ($p=0,012$), 46 yaş ve üzeri - 26-30 yaş grubu ($p=0,000$) ve 46 yaş ve üzeri - 31-35 yaş grubudur ($p=0,007$). 20-25 yaş, 26-30 yaş ve 31-35 yaş gruplarındaki hekimlerde 46 ve üzeri yaş grubundaki hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma oranları görülmüştür. Diğer yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Yaş ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: Yaş aralıkları ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
20-25 yaş	63	7,87	3,79	8,00
26-30 yaş	330	8,58	3,52	9,00
31-35 yaş	80	7,90	3,51	8,00
36-40 yaş	33	7,27	3,67	6,00
41-45 yaş	17	6,88	4,12	6,00
46 ve üzeri	47	5,55	3,03	6,00

Kişisel Başarı ile yaş kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; 20-25 yaş - 31-35 yaş grubu ($p=0,021$), 20-25 yaş - 41-45 yaş grubu ($p=0,010$), 20-25 yaş - 46 ve üzeri yaş

grubu ($p=0,000$), 26-30 yaş - 31-35 yaş grubu ($p=0,018$), 26-30 yaş - 41-45 yaş grubu ($p=0,020$), 26-30 yaş - 46 ve üzeri yaş grubu ($p=0,000$), 31-35 yaş - 46 ve üzeri yaş grubudur ($p=0,016$). 31-35 yaş grubundaki hekimlerde 20-25 yaş ve 26-30 yaş grubundaki hekimlere göre; 41-45 yaş grubundaki hekimlerde 20-25 yaş ve 26-30 yaş grubundaki hekimlere göre; 46 ve üzeri yaş grubundaki hekimlerde de 20-25 yaş, 26-30 yaş ve 31-35 yaş grubundaki hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Yaş ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Yaş aralıkları ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
20-25 yaş	62	17,95	4,01	18,50
26-30 yaş	327	18,62	3,78	19,00
31-35 yaş	81	20,33	3,66	21,00
36-40 yaş	33	20,52	4,06	21,00
41-45 yaş	17	21,76	2,82	21,00
46 ve üzeri	48	22,67	3,68	23,00

Tükenmişlik alt grupları ile medeni durum kıyaslamasında; medeni durum ile Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Evlilerde bekarlara göre Kişisel Başarı hissi anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Medeni durum ile Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,708$, $p=0,086$). Medeni durum ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Medeni durum ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki

	Medeni Durum							
	Evli				Bekar			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Duygusal Tükenme	256	18,37	6,56	18,00	332	18,60	6,88	19,00
Duyarsızlaşma	257	7,74	3,53	8,00	332	8,23	3,64	8,00
Kişisel Başarı	256	20,31	3,95	20,00	331	18,69	3,91	19,00

Tükenmişlik alt grupları ile çocuk varlığı kıyaslamasında; çocuk varlığı ile Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,002$, $p=0,000$). Çocuk sahibi olmayanlarda olanlara göre Duyarsızlaşma anlamlı düzeyde daha yüksekken, Kişisel Başarı hissi anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Çocuk varlığı ile Duygusal Tükenme skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,299$). Çocuk varlığı ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10: Çocuk varlığı ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki

	Çocuk Varlığı							
	Yok				Var			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Duygusal Tükenme	428	18,67	6,90	19,00	160	18,05	6,28	18,00
Duyarsızlaşma	429	8,31	3,62	8,00	160	7,22	3,41	7,00
Kişisel Başarı	426	18,67	3,84	19,00	161	21,32	3,81	22,00

Tükenmişlik alt grupları ile hekimlikte geçirilen toplam sürenin kıyaslamasında; hekimlikte geçirilen toplam süre ile Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$). Hekimlikte geçirilen toplam süre ile Duygusal Tükenme skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,226$). Hekimlikte geçirilen toplam süre ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11: Hekimlikte geçirilen toplam süre aralıkları ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
0-5 yıl	388	18,59	6,90	19,00
6-10 yıl	95	18,98	6,61	19,00
11-15 yıl	32	17,88	5,93	18,00
16-20 yıl	21	19,81	5,77	19,00
21 yıl ve üzeri	52	16,85	6,45	16,50

Duyarsızlaşma ile hekimlikte geçirilen toplam sürenin kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; 21 yıl ve üzeri – 6-10 yıl grubu ($p=0,002$) ve 21 yıl ve üzeri – 0-5 yıl grubudur ($p=0,000$). Hekimlikte geçirdiği süre 0-5 yıl ve 6-10 yıl olan hekimlerde hekimlikte 21 yıl ve üzeri süre geçiren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Diğer süreler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hekimlikte geçirilen toplam süre ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Hekimlikte geçirilen toplam süre aralıkları ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
0-5 yıl	390	8,42	3,51	8,00
6-10 yıl	94	8,27	3,58	8,00
11-15 yıl	32	6,78	3,85	6,00
16-20 yıl	22	6,77	3,65	5,50
21 yıl ve üzeri	51	5,78	3,11	6,00

Kişisel Başarı ile hekimlikte geçirilen toplam sürenin kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; 0-5 yıl – 11-15 yıl grubu ($p=0,005$), 0-5 yıl – 16-20 yıl grubu ($p=0,005$), 0-5 yıl – 21 yıl ve üzeri grubu ($p=0,000$), 6-10 yıl - 21 yıl ve üzeri grubudur ($p=0,001$). Hekimlikte geçirdiği süre 0-5 yıl olan hekimlerde 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl ve 21 yıl ve üzeri süre geçiren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Hekimlikte geçirdiği süre 6-10 yıl olan hekimlerde 20 yıl ve üzeri süre geçiren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Diğer süreler arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Hekimlikte geçirilen toplam süre ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13: Hekimlikte geçirilen toplam süre aralıkları ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
0-5 yıl	386	18,55	3,79	19,00
6-10 yıl	95	19,88	3,73	20,00
11-15 yıl	32	21,44	3,95	22,00
16-20 yıl	22	21,68	3,17	21,00
21 yıl ve üzeri	52	22,63	3,90	23,00

Tükenmişlik alt grupları ile çalışılan kurum kıyaslamasında; çalışılan kurum ile Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,004$). Eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekimlerde üniversite hastanesinde çalışan hekimlere göre Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çalışılan kurum ile Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,431$). Çalışılan kurum ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14: Çalışılan kurum ile tükenmişlik alt grupları arasındaki ilişki

	Çalışılan Kurum							
	Üniversite Hastanesi				Eğitim Araştırma Hastanesi			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart sapma	Ortanca
Duygusal Tükenme	268	16,78	6,97	16,00	320	19,94	6,19	19,50
Duyarsızlaşma	269	7,54	3,73	7,00	320	8,41	3,44	8,00
Kişisel Başarı	267	19,22	4,06	19,00	320	19,55	3,96	19,50

Tükenmişlik alt grupları ile uzmanlık dallarının kıyaslamasında; uzmanlık dalları ile Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,022$, $p=0,021$). Uzmanlık dalları ile Duygusal Tükenme skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,055$). Tükenmişlik alt gruplarının üçünde de en düşük puan ortalaması temel bilimlerde görülmüştür. Uzmanlık dalları ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15: Uzmanlık dalları ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Dahili Bilimler	322	18,29	7,20	18,00
Cerrahi Bilimler	250	19,02	5,98	19,00
Temel Bilimler	11	14,18	8,06	13,00

Duyarsızlaşma ile uzmanlık dallarının kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; temel bilimler-cerrahi bilimler grubu ($p=0,019$) ve temel bilimler-dahili bilimler grubudur ($p=0,017$). Temel bilimlerde çalışan hekimlerde dahili bilimlerde ve cerrahi bilimlerde çalışan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Duyarsızlaşma görülmüştür. Uzmanlık dalları ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: Uzmanlık dalları ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Dahili Bilimler	324	8,11	3,57	8,00
Cerrahi Bilimler	249	8,03	3,58	8,00
Temel Bilimler	11	4,91	4,04	5,00

Kişisel Başarı ile uzmanlık dallarının kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; dahili bilimler-cerrahi bilimler grubudur ($p=0,022$). Dahili bilimlerde çalışan hekimlerde cerrahi bilimlerdeki hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Diğer gruplar arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Uzmanlık dalları ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17: Uzmanlık dalları ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Dahili Bilimler	321	19,04	3,70	19,00
Cerrahi Bilimler	250	19,96	4,32	20,00
Temel Bilimler	11	18,64	3,35	19,00

Tükenmişlik alt grupları ile mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam sürenin kıyaslamasında; uzmanlık dalında geçirilen toplam süre ile Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$). Mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süre ile Duygusal Tükenme skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,132$). Mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süre ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18: Mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süre ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
0-5 yıl	440	18,57	6,93	19,00
6-10 yıl	35	18,94	6,56	19,00
11-15 yıl	18	19,22	5,25	19,00
16-20 yıl	18	19,44	6,31	18,00
21 yıl ve üzeri	32	15,63	5,68	15,00

Duyarsızlaşma ile mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam sürenin kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralık; 21 yıl ve üzeri – 0-5 yıl grubudur ($p=0,000$). Mevcut uzmanlık dalında 0-5 yıl arasında süre geçiren hekimlerde 21 yıl ve üzeri süre geçiren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Diğer süreler arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süre ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19: Mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süre ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
0-5 yıl	441	8,39	3,54	8,00
6-10 yıl	35	7,31	3,94	8,00
11-15 yıl	18	6,61	3,11	5,50
16-20 yıl	17	6,29	2,89	6,00
21 yıl ve üzeri	32	5,13	3,21	6,00

Kişisel Başarı ile mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam sürenin kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; 0-5 yıl – 16-20 yıl grubu ($p=0,024$), 0-5 yıl – 21 yıl ve üzeri grubu ($p=0,000$), 6-10 yıl - 21 yıl ve üzeri grubudur ($p=0,008$). Mevcut uzmanlık dalında 0-5 yıl arasında süre geçiren hekimlerde 11-15 yıl, 16-20 yıl ve 21 yıl ve üzeri süre geçiren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür. 6-10 yıl arasında süre geçiren hekimlerde de 21 yıl ve üzeri süre geçiren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süre ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20: Mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süre ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
0-5 yıl	439	18,88	3,83	19,00
6-10 yıl	35	20,43	4,36	21,00
11-15 yıl	18	21,39	3,11	21,00
16-20 yıl	18	21,89	3,31	21,50
21 yıl ve üzeri	32	23,75	4,07	24,00

Tükenmişlik alt grupları ile unvanların kıyaslamasında; unvanlar ile 3 tükenmişlik alt boyutu (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı) skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,032$, $p=0,000$, $p=0,000$). Duygusal Tükenme ile unvanların kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralık; profesör-asistan hekim grubudur ($p=0,016$). Asistan hekimlerde Profesörlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duygusal Tükenme skoru görülmüştür. Unvanlar ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21: Unvanlar ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Asistan Hekim	432	18,73	6,97	19,00
Uzman Hekim	120	18,09	5,74	18,00
Uzman Öğretim Üyesi	9	20,11	8,13	17,00
Doçent	15	18,73	5,84	16,00
Profesör	12	12,75	5,33	11,50

Duyarsızlaşma ile unvanların kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; profesör-uzman hekim grubu ($p=0,027$), profesör-asistan hekim grubu ($p=0,000$) ve uzman hekim-asistan hekim grubudur ($p=0,009$). Asistan hekimlerde uzman hekimlere ve profesörlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Yine uzman hekimlerde profesörlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Unvanlar ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22: Unvanlar ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Asistan Hekim	34	8,42	3,58	8,00
Uzman Hekim	19	7,17	3,31	7,00
Uzman Öğretim Üyesi	9	6,22	2,11	6,00
Doçent	5	7,47	3,81	8,00
Profesör	12	3,58	3,03	3,00

Kişisel Başarı ile unvanların kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; asistan hekim-uzman hekim grubu ($p=0,000$), asistan hekim-profesör grubu ($p=0,000$) ve asistan hekim-uzman öğretim üyesi grubudur ($p=0,000$). Asistan hekimlerde uzman hekim, uzman öğretim üyesi ve profesörlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Yine uzman hekimlerde uzman öğretim üyesi ve profesörlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Unvanlar ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki Tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 23: Unvanlar ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Asistan Hekim	430	18,71	3,81	19,00
Uzman Hekim	121	20,83	3,96	21,00
Uzman Öğretim Üyesi	9	24,22	2,59	25,00
Doçent	15	21,00	3,25	22,00
Profesör	12	24,25	3,25	24,50

Tükenmişlik alt grupları ile haftalık çalışma saati kıyaslamasında; haftalık çalışma saati ile 3 tükenmişlik alt boyutu (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı) skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,014$).

Duygusal Tükenme ile haftalık çalışma saati kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; 40 saat altı – 50-60 saat grubu ($p=0,021$), 40 saat altı-60 saat üstü grubu ($p=0,000$) ve 40-50 saat – 60 saat üstü grubudur ($p=0,000$). 40 saat altı çalışan hekimlerde 50-60 saat ve 60 saat üstü çalışan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Duygusal Tükenme görülmüştür. 40-50 saat arası çalışan hekimlerde de 60 saat üstü çalışan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Duygusal Tükenme görülmüştür. Haftalık çalışma saati ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki Tablo 24’de gösterilmiştir.

Tablo 24: Haftalık çalışma saati ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
40 saat altı	37	13,92	7,99	12,00
40-50 saat	195	17,40	6,91	17,00
50-60 saat	82	18,46	5,95	18,00
60 saat üstü	274	19,91	6,24	20,00

Duyarsızlaşma ile haftalık çalışma saati kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; 40 saat altı-60 saat üstü grubu ($p=0,000$) ve 40-50 saat – 60 saat üstü grubudur ($p=0,000$). 40 saat altı ve 40-50 saat arası çalışan hekimlerde 60 saat üstü çalışan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Duyarsızlaşma görülmüştür. Haftalık çalışma saati ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki Tablo 25’de gösterilmiştir.

Tablo 25: Haftalık çalışma saati ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
40 saat altı	38	6,21	3,34	5,50
40-50 saat	193	7,12	3,76	7,00
50-60 saat	82	7,85	3,36	8,00
60 saat üstü	276	8,93	3,34	9,00

Kişisel Başarı ile haftalık çalışma saati kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralık; 60 saat üstü - 40-50 saat grubudur ($p=0,008$). 60 saat üstü çalışan hekimlerde 40-50 saat arası çalışan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Haftalık çalışma saati ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki Tablo 26’da gösterilmiştir.

Tablo 26: Haftalık çalışma saati ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
40 saat altı	37	19,54	4,79	19,00
40-50 saat	194	20,09	3,96	20,00
50-60 saat	81	19,35	3,70	19,00
60 saat üstü	275	18,91	3,96	19,00

Tükenmişlik alt grupları ile aylık nöbet sayısı kıyaslamasında; aylık nöbet sayısı ile 3 tükenmişlik alt boyutu (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı) skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,032$).

Duygusal Tükenme ile aylık nöbet sayısı kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; nöbet tutmuyor – 1-5 gün nöbet grubu ($p=0,008$) ve nöbet tutmuyor – 6-10 gün nöbet grubudur ($p=0,000$). Aylık ortalama 1-5 gün arası nöbet tutanlar ile 6-10 gün arası nöbet tutanlarda nöbet tutmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek Duygusal Tükenme görülmüştür. Aylık nöbet sayısı ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 27: Aylık nöbet sayısı ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Nöbet Tutmuyor	122	15,64	7,16	15,00
1-5 gün	176	18,45	6,45	18,00
6-10 gün	275	19,82	6,33	20,00
11 ve üzeri gün	15	18,13	7,00	20,00

Duyarsızlaşma ile aylık nöbet sayısı kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; nöbet tutmuyor – 1-5 gün nöbet grubu ($p=0,012$), nöbet tutmuyor – 6-10 gün nöbet grubu ($p=0,000$), nöbet tutmuyor – 11 gün ve üzeri nöbet grubu ($p=0,005$) ve 1-5 gün - 6-10 gün nöbet grubudur ($p=0,000$). Nöbet tutanlarda (1-5, 6-10, 11 ve üzeri gün) nöbet tutmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Nöbet sayısı arttıkça duyarsızlaşma ortalamalarının artması da dikkat çekicidir. Ayrıca aylık ortalama 6-10 gün nöbet tutanlarda 1-5 gün arası nöbet tutanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Aylık nöbet sayısı ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28: Aylık nöbet sayısı ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Nöbet Tutmuyor	123	6,26	3,58	6,00
1-5 gün	175	7,58	3,61	8,00
6-10 gün	275	8,99	3,22	9,00
11 ve üzeri gün	16	9,56	3,95	9,00

Kişisel Başarı ile aylık nöbet sayısı kıyaslamasında anlamlılığı oluşturan aralık; 6-10 gün - nöbet tutmuyor grubudur ($p=0,040$). Aylık ortalama 6-10 gün nöbet tutanlarda nöbet tutmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Aylık nöbet sayısı ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki Tablo 29’da gösterilmiştir.

Tablo 29: Aylık nöbet sayısı ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Nöbet Tutmuyor	122	20,09	4,11	20,50
1-5 gün	177	19,68	3,96	19,00
6-10 gün	272	18,95	3,92	19,00
11 ve üzeri gün	16	18,63	4,47	19,50

Tükenmişlik alt grupları ile hekimlik mesleğini seçme nedenleri kıyaslamasında; hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,043$). Hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,105$, $p=0,410$). Hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki Tablo 30’da gösterilmiştir.

Tablo 30: Hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme				Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Kendi İsteği İle	455	18,18	6,56	18,00	457	7,91	3,54	8,00
Aile Önerisi İle	110	19,44	7,22	19,00	109	8,29	3,77	9,00
Diğer	23	20,35	7,34	21,00	23	8,65	3,95	8,00

Kişisel Başarı ile hekimlik mesleğini seçme nedenleri arasında anlamlılığı oluşturan aralık; aile önerisi ile – kendi isteği ile grubudur ($p=0,037$). Kendi isteği ile hekimlik mesleğini seçenlerde ailesinin önerisi ile gelenlere göre Kişisel Başarı hissi anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki Tablo 31’de gösterilmiştir.

Tablo 31: Hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Kendi İsteği İle	454	19,64	3,85	20,00
Aile Önerisi İle	110	18,45	4,49	18,00
Diğer	23	19,13	4,15	20,00

Tükenmişlik alt grupları ile şu anki branşı seçme nedenleri kıyaslamasında; şu anki branşı seçme nedenleri ile 3 tükenmişlik alt boyutu (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı) skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,000$).

Duygusal Tükenme ile şu anki branşı seçme nedeni arasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; nöbetsiz oluşu- TUS puanına göre seçme zorunluluğu ($p=0,000$), ilgi sevgi- TUS puanına göre seçme zorunluluğu ($p=0,000$), prestijli oluşu - TUS puanına göre seçme zorunluluğu ($p=0,005$), diğer nedenler - TUS puanına göre seçme zorunluluğu ($p=0,037$) aralıklarıdır. Şu anki branşını TUS puanına göre seçme zorunluluğu olması nedeniyle seçen hekimlerde nöbetsiz oluşu, prestijli oluşu, ilgi ve sevgi nedeniyle ve diğer nedenlerle seçenlere göre anlamlı düzeyde yüksek Duygusal Tükenme görülmüştür. Şu anki branşını seçme nedenleri ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki Tablo 32’de gösterilmiştir.

Tablo 32: Hekimlerin şu anki branşını seçme nedenleri ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Nöbetsiz	84	15,94	6,77	15,50
Yüksek Maaş	12	21,17	5,65	20,00
Prestij	58	17,90	6,34	18,00
TUS Puanı	153	21,58	6,07	22,00
İlgi, Sevgi	175	17,10	6,50	17,00
Diğer	91	18,96	6,56	19,00

Duyarsızlaşma ile şu anki branşı seçme nedeni arasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; nöbetsiz oluşu- TUS puanına göre seçme zorunluluğu ($p=0,000$), ilgi sevgi- TUS puanına göre seçme zorunluluğu ($p=0,000$) aralıklarıdır. Şu anki branşını TUS puanına göre seçme zorunluluğu olması nedeniyle seçen hekimlerde nöbetsiz oluşu ve ilgi ve sevgi nedeniyle seçenlere göre anlamlı düzeyde yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Şu anki branşını seçme nedenleri ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki Tablo 33’de gösterilmiştir.

Tablo 33: Hekimlerin şu anki branşını seçme nedenleri ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Nöbetsiz	84	7,05	3,36	7,50
Yüksek Maaş	12	8,83	4,00	8,00
Prestij	58	7,72	4,02	8,00
TUS Puanı	154	9,25	3,29	9,00
İlgi, Sevgi	176	7,38	3,68	7,00
Diğer	90	8,24	3,28	8,00

Kişisel Başarı ile şu anki branşı seçme nedeni arasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; TUS puanına göre seçme zorunluluğu - ilgi sevgi ($p=0,000$), TUS puanına göre seçme zorunluluğu - prestijli oluşu ($p=0,000$), diğer nedenler- ilgi sevgi ($p=0,007$), diğer nedenler- prestijli oluşu ($p=0,002$), nöbetsiz oluşu- prestijli oluşu ($p=0,012$) aralıklarıdır. Şu anki branşını ilgi ve sevgi ile seçenlerde TUS puanına göre seçme zorunluluğu olması nedeniyle ve diğer nedenlerle seçen hekimlere göre anlamlı düzeyde yüksek Kişisel Başarı hissi görülmüştür.

Ayrıca şu anki branşını prestijli oluşu nedeniyle seçenlerde nöbetsiz oluşu, TUS puanına göre seçme zorunluluğu olması ve diğer nedenlerle hekimlere göre anlamlı düzeyde yüksek Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Şu anki branşını seçme nedenleri ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki Tablo 34’de gösterilmiştir.

Tablo 34: Hekimlerin şu anki branşını seçme nedenleri ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Nöbetsiz	83	18,76	3,83	19,00
Yüksek Maaş	12	17,58	4,81	17,50
Prestij	57	21,37	4,00	21,00
TUS Puanı	153	18,19	4,06	18,00
İlgi, Sevgi	177	20,45	3,88	21,00
Diğer	91	18,89	3,31	19,00

Tüm gruplar arasında Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skor ortalamasının en düşük olduğu grup şu anki branşını nöbetsiz oluşu nedeniyle seçen grup iken en yüksek olan grup TUS puanına göre seçme zorunluluğu olması nedeniyle seçen gruptur. Kişisel Başarı hissine baktığımızda; tüm gruplar arasında Kişisel Başarı hissini en düşük olduğu grup şu anki branşını yüksek maaşlı olması nedeniyle seçenler iken en yüksek olan grup ilgi ve sevgi nedeniyle seçen gruptur.

Tükenmişlik alt grupları ile mevcut çalışma şartlarından memnuniyet kıyaslamasında; mevcut çalışma şartlarından memnuniyet durumları ile 3 tükenmişlik alt boyutu (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı) skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,002$).

Duygusal Tükenme ile mevcut çalışma şartlarından memnuniyet arasındaki anlamlılığı oluşturan aralıklar; memnunum-kısmen memnunum ($p=0.000$), memnunum-memnun değilim ($p=0.000$), kısmen memnunum-memnun değilim ($p=0.000$) aralıklarıdır. Duygusal Tükenme puanları; mevcut çalışma şartlarından memnun olmayan hekimlerde kısmen memnun olan ve memnun olan hekimlere göre anlamlı derecede yüksek iken yine mevcut çalışma şartlarından kısmen memnun olan hekimlerde de memnun olan hekimlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bir başka deyişle mevcut çalışma şartlarından memnun olmayan, kısmen memnun olan ve memnun olan hekimlerin Duygusal Tükenme puanları birbirlerinden anlamlı olarak farklı bulunmuştur. En yüksek Duygusal Tükenme puanları mevcut çalışma şartlarından memnun olmayan hekimlerde görülürken, en düşük Duygusal Tükenme puanları

ise memnun olanlarda görülmüştür. Mevcut çalışma şartlarından memnuniyet değerleri ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki Tablo 35’de gösterilmiştir.

Tablo 35: Mevcut çalışma şartlarından memnuniyet değerleri ile Duygusal Tükenme skorları arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Memnun Değilim	210	23,09	5,39	23,00
Kısmen Memnunum	301	17,14	5,53	17,00
Memnunum	77	11,30	5,63	11,00

Duyarsızlaşma ile mevcut çalışma şartlarından memnuniyet arasındaki anlamlılığı oluşturan aralıklar; memnunum-kısmen memnunum ($p=0.001$), memnunum-memnun değilim ($p=0.000$), kısmen memnunum-memnun değilim ($p=0.000$) aralıklarıdır. Duygusal Tükenme puanlarında olduğu gibi mevcut çalışma şartlarından memnun olmayan, kısmen memnun olan ve memnun olan hekimlerin Duyarsızlaşma puanları da birbirlerinden anlamlı olarak farklı bulunmuştur. En yüksek Duyarsızlaşma puanları memnun olmayan hekimlerde görülürken, en düşük Duyarsızlaşma puanları ise memnun olanlarda görülmüştür. Mevcut çalışma şartlarından memnuniyet değerleri ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki Tablo 36’da gösterilmiştir.

Tablo 36: Mevcut çalışma şartlarından memnuniyet değerleri ile Duyarsızlaşma skorları arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Memnun Değilim	211	9,52	3,47	10,00
Kısmen Memnunum	301	7,53	3,35	7,00
Memnunum	77	5,78	3,21	6,00

Kişisel Başarı ile mevcut çalışma şartlarından memnuniyet arasındaki anlamlılığı oluşturan aralıklar; memnun değilim-memnunum ($p=0,002$) aralıklarıdır. Mevcut çalışma şartlarından memnun olmayan hekimlerde mevcut çalışma şartlarından memnun olan hekimlere göre anlamlı düzeyde düşük Kişisel Başarı puanları görülmüştür. Mevcut çalışma

şartlarından memnuniyet değerleri ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki Tablo 37’de gösterilmiştir.

Tablo 37: Mevcut çalışma şartlarından memnuniyet değerleri ile Kişisel Başarı skorları arasındaki ilişki

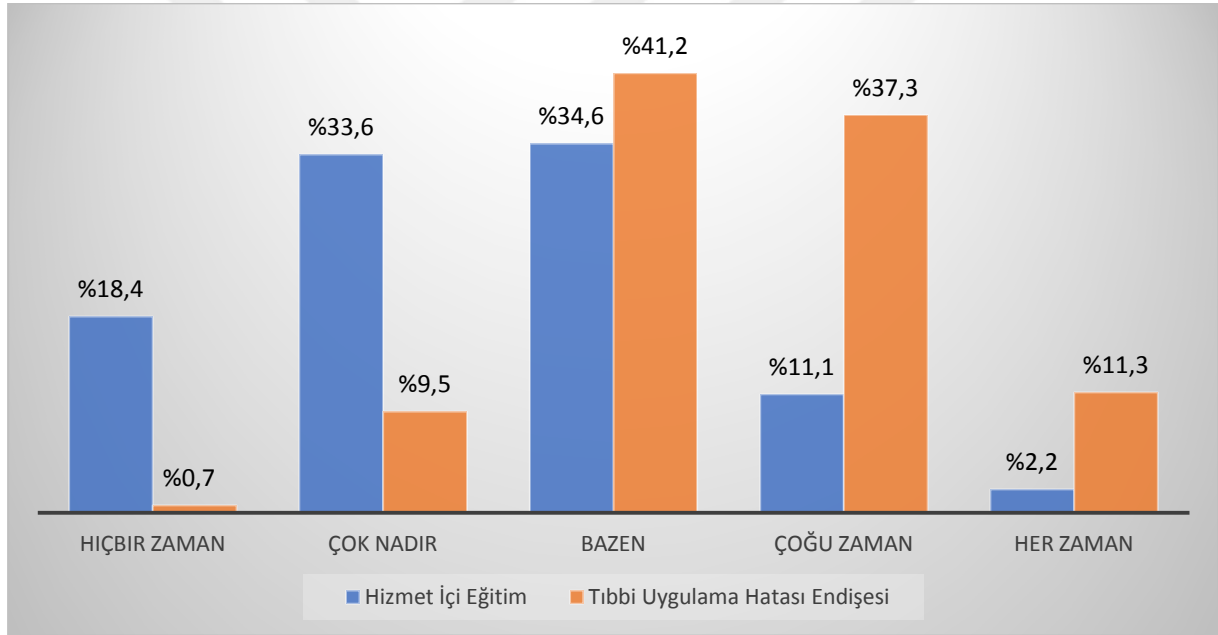
	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Memnun Değilim	211	18,77	4,18	19,00
Kısmen Memnunum	299	19,51	3,86	19,00
Memnunum	77	20,70	3,76	21,00

Tüm alt gruplar değerlendirildiğinde; çalışma şartlarından memnun olmayan hekimlerde yüksek Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma puanları ile düşük Kişisel Başarı puanı görülmüştür. Çalışma şartlarından memnuniyet arttıkça tükenmişlik oranları da azalmıştır.

4.3. Tıbbi Uygulama Hatasına İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hekimlerin %18,4'ü (n:109) hiçbir zaman tıbbi uygulama hataları ve önlemlere ilişkin hizmet içi eğitim almadığını, %33,6'sı (n:199) çok nadir eğitim aldığını belirtirken, soruya bazen cevabını verenlerin oranı %34,6 (n:205), çoğu zaman cevabını verenlerin oranı %11,1 (n:66) ve her zaman cevabını verenlerin oranı %2,2 (n:13) olmuştur (Şekil 11).

Çalışmaya katılan hekimlerin %0,7'si (n:4) tıbbi uygulama hatası yapmaktan hiçbir zaman endişe duymadığını, %9,5'i (n:56) çok nadir endişe duyduğunu belirtirken, soruya bazen cevabını verenlerin oranı %41,2 (n:244), çoğu zaman cevabını verenlerin oranı %37,3 (n:221) ve her zaman cevabını verenlerin oranı %11,3 (n:67) olmuştur (Şekil 11).



Şekil 11: Hekimlerin tıbbi uygulama hataları ve önlemlere ilişkin hizmet içi eğitim alma sıklıkları ve tıbbi uygulama hatası endişesi sıklıkları.

Tükenmişlik alt grupları ile tıbbi uygulama hatası yapılmasından endişe duyulmasına ilişkin cevaplar kıyaslandığında; tükenmişlik alt grupları (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı) ile cevaplar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,003$). Duygusal Tükenme ile cevaplar arasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; çok nadir-çoğu zaman ($p=0,000$), çok nadir-her zaman ($p=0,000$), bazen-çoğu zaman ($p=0,011$), bazen-her

zaman ($p=0,000$) aralıklarıdır. Soruya çoğu zaman ve her zaman cevabını veren hekimlerde, çok nadir ve bazen cevabını veren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duygusal Tükenme görülmüştür. Diğer gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Soru ile Duygusal Tükenme skoru arasındaki ilişki Tablo 38’de gösterilmiştir.

Tablo 38: “Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar ile Duygusal Tükenme skoru arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	4	22,75	6,29	20,50
Çok Nadir	55	14,64	5,71	14,00
Bazen	241	17,41	6,75	17,00
Çoğu Zaman	221	19,43	5,85	19,00
Her Zaman	67	22,27	7,74	24,00

Duyarsızlaşma ile cevaplar arasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; çok nadir-çoğu zaman ($p=0,004$), çok nadir-her zaman ($p=0,001$), bazen-çoğu zaman ($p=0,003$), bazen-her zaman ($p=0,001$) aralıklarıdır. Soruya çoğu zaman ve her zaman cevabını veren hekimlerde, çok nadir ve bazen cevabını veren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Diğer gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Soru ile Duyarsızlaşma skoru arasındaki ilişki Tablo 39’da gösterilmiştir.

Tablo 39: “Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar ile Duyarsızlaşma skoru arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	4	10,50	3,51	10,50
Çok Nadir	56	6,64	3,11	6,00
Bazen	243	7,40	3,76	7,00
Çoğu Zaman	219	8,61	3,22	9,00
Her Zaman	67	9,27	3,82	10,00

Kişisel Başarı ile cevaplar arasında anlamlılığı oluşturan aralık; çok nadir-çoğu zaman ($p=0,003$) aralığıdır. Soruya çoğu zaman cevabı veren hekimlerde çok nadir cevabı veren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Diğer gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Soru ile Kişisel Başarı skoru arasındaki ilişki Tablo 40’da gösterilmiştir.

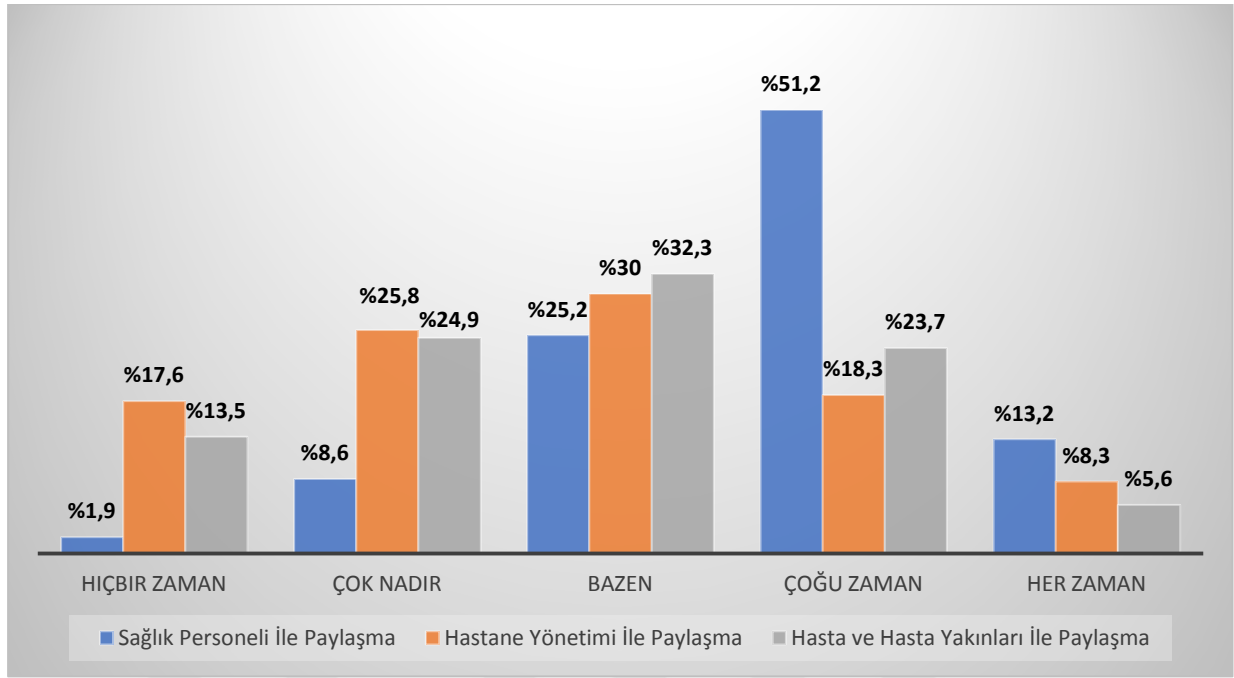
Tablo 40: “Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar ile Kişisel Başarı skoru arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	4	20,25	4,43	20,00
Çok Nadir	55	20,87	4,29	22,00
Bazen	243	19,70	3,74	20,00
Çoğu Zaman	218	18,72	4,00	19,00
Her Zaman	67	19,27	4,36	19,00

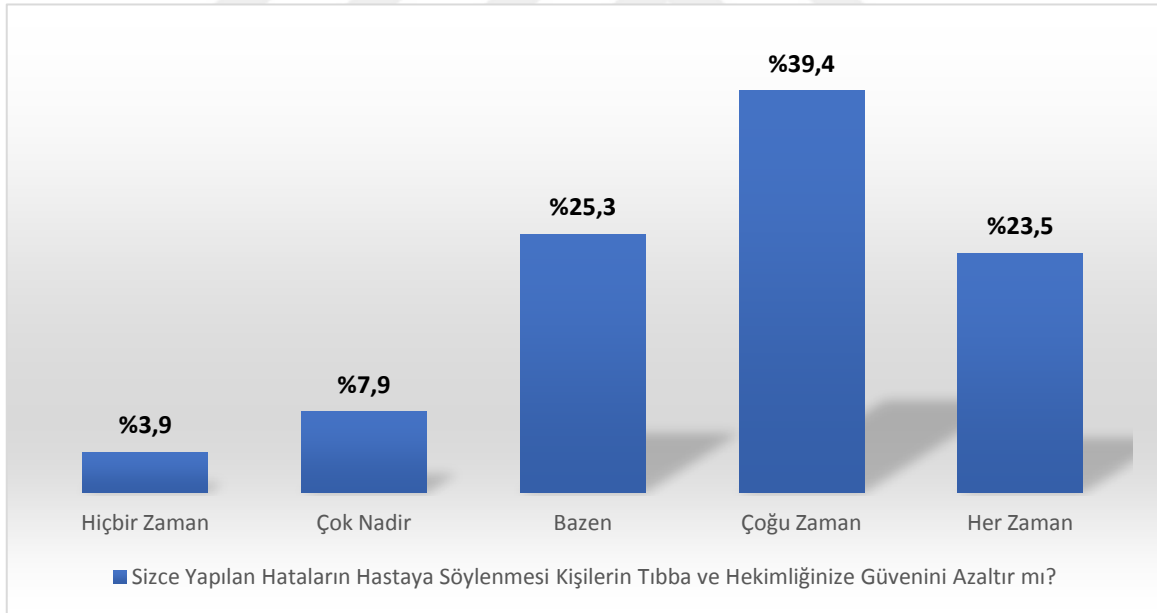
Çalışmaya katılan hekimlerin %1,9’u (n:11) tıbbi uygulamalar sırasında herhangi bir hata yapması durumunda hata ve sonuçlarını diğer sağlık personeli ile hiçbir zaman paylaşmadığını, %8,6’sı (n:51) çok nadir paylaştığını belirtirken, soruya bazen cevabını verenlerin oranı %25,2 (n:149), çoğu zaman cevabını verenlerin oranı %51,2 (n:303) ve her zaman cevabını verenlerin oranı %13,2 (n:78) olmuştur (Şekil 12).

Çalışmaya katılan hekimlerin %17,6’sı (n:104) tıbbi uygulamalar sırasında herhangi bir hata yapması durumunda hata ve sonuçlarını hastane yönetimi ile hiçbir zaman paylaşmadığını, %25,8’i (n:152) çok nadir paylaştığını belirtirken, soruya bazen cevabını verenlerin oranı %30 (n:177), çoğu zaman cevabını verenlerin oranı %18,3 (n:108) ve her zaman cevabını verenlerin oranı %8,3 (n:49) olmuştur (Şekil 12).

Çalışmaya katılan hekimlerin %13,5’i (n:80) tıbbi uygulamalar sırasında herhangi bir hata yapması durumunda hata ve sonuçlarını hasta ve hasta yakınları ile hiçbir zaman paylaşmadığını, %24,9’u (n:147) çok nadir paylaştığını belirtirken, soruya bazen cevabını verenlerin oranı %32,3 (n:191), çoğu zaman cevabını verenlerin oranı %23,7 (n:140) ve her zaman cevabını verenlerin oranı %5,6 (n:33) olmuştur (Şekil 12).



Şekil 12: Hekimlerin tıbbi uygulama hatası yapması durumunda sağlık personeli, hastane yönetimi, hasta ve hasta yakınları ile paylaşım sıklıkları

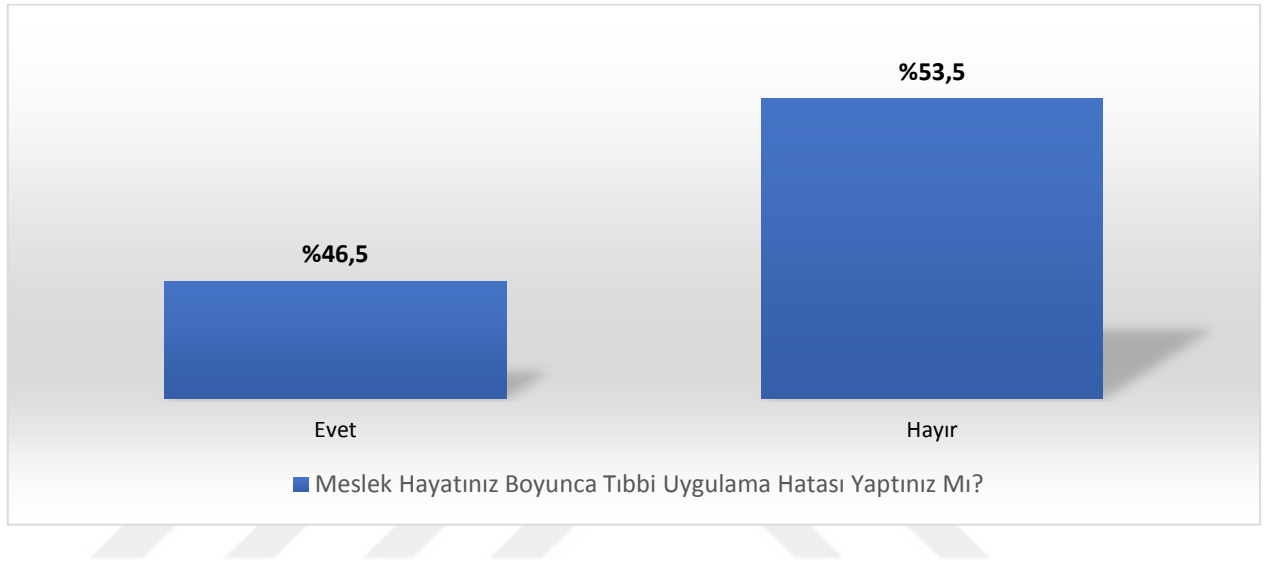


Şekil 13: “Sizce yapılan hataların hastaya söylenmesi kişilerin tıbbı ve hekimliğine güvenini azaltır mı?” sorusuna verilen cevaplar

Çalışmaya katılan hekimlerin %3,9’u (n:23) yapılan hataların hastalara söylenmesinin kişilerin tıbbı ve hekimliğine güvenini hiçbir zaman azaltmayacağını, %7,9’u (n:47) çok

nadir azaltacağını belirtirken, soruya bazen cevabını verenlerin oranı %25,3 (n:150), çoğu zaman cevabını verenlerin oranı %39,4 (n:233) ve her zaman cevabını verenlerin oranı %23,5 (n:139) olmuştur (Şekil 13).

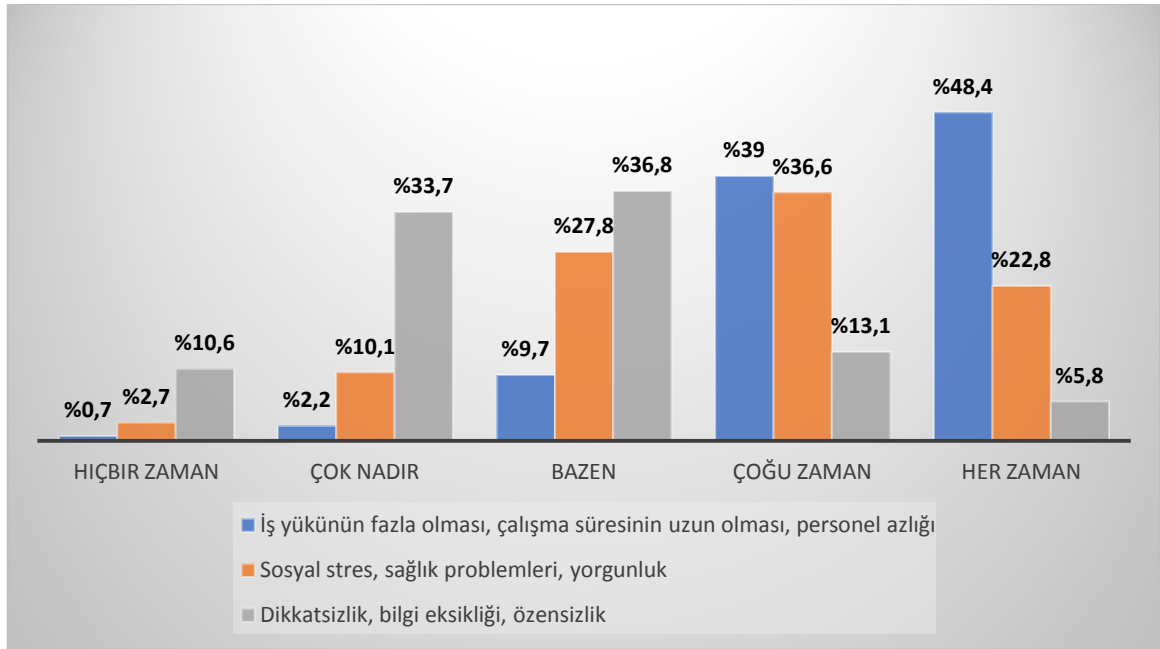
Çalışmaya katılan hekimlerin %46,5'i (n:273) meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yaptığını belirtirken, %53,5'i (n:314) tıbbi uygulama hatası yapmadığını belirtmiştir (Şekil 14).



Şekil 14: “Meslek Hayatınız Boyunca Tıbbi Uygulama Hatası Yaptınız Mı?” sorusuna verilen cevaplar

Çalışmaya katılan hekimlerin %0,7'si (n:4) tıbbi uygulama hatası yapmasında; çalıştığı ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane koşullarının hiçbir zaman etkisi olmadığını, %2,2'si (n:13) çok nadir etkisi olduğunu belirtirken, soruya bazen cevabını verenlerin oranı %9,7 (n:57), çoğu zaman cevabı verenlerin oranı %39 (n:229) ve her zaman cevabı verenlerin oranı %48,4 (n:284) olmuştur (Şekil 15).

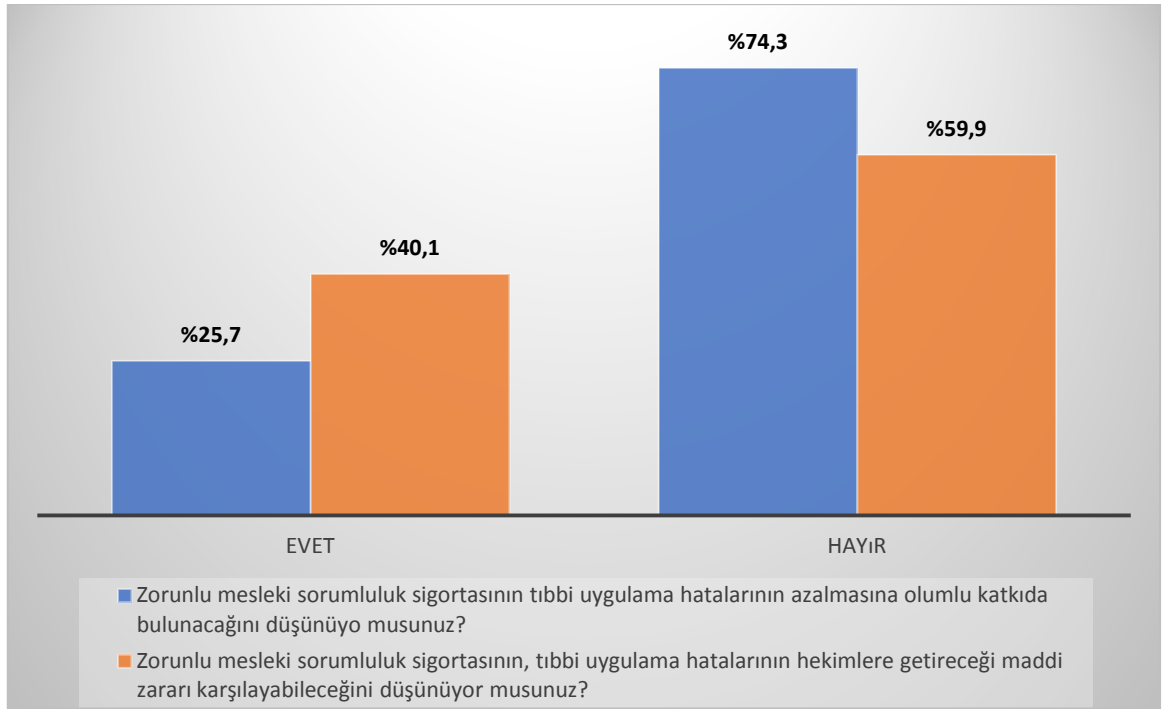
Çalışmaya katılan hekimlerin %2,7'si (n:16) tıbbi uygulama hatası yapmasında; sosyal stres, sağlık problemleri, yorgunluk gibi kendine özgü olumsuz durumların hiçbir zaman etkisi olmadığını, %10,1'i (n:59) çok nadir etkisi olduğunu belirtirken, soruya bazen cevabını verenlerin oranı %27,8 (n:163), çoğu zaman cevabını verenlerin oranı %36,6 (n:215) ve her zaman cevabını verenlerin oranı %22,8 (n:134) olmuştur (Şekil 15).



Şekil 15: Hekimlerin tıbbi uygulama hatası yapılmasında etkili olan faktörlere verdikleri cevaplar

Çalışmaya katılan hekimlerin %10,6'sı (n:62) tıbbi uygulama hatası yapmasında; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi kendisinden kaynaklı olumsuz durumların hiçbir zaman etkisi olmadığını, %33,7'si (n:198) çok nadir etkisi olduğunu belirtirken, soruya bazen cevabını verenlerin oranı %36,8 (n:216), çoğu zaman cevabını verenlerin oranı %13,1 (n:77) ve her zaman cevabını verenlerin oranı %5,8 (n:34) olmuştur (Şekil 15).

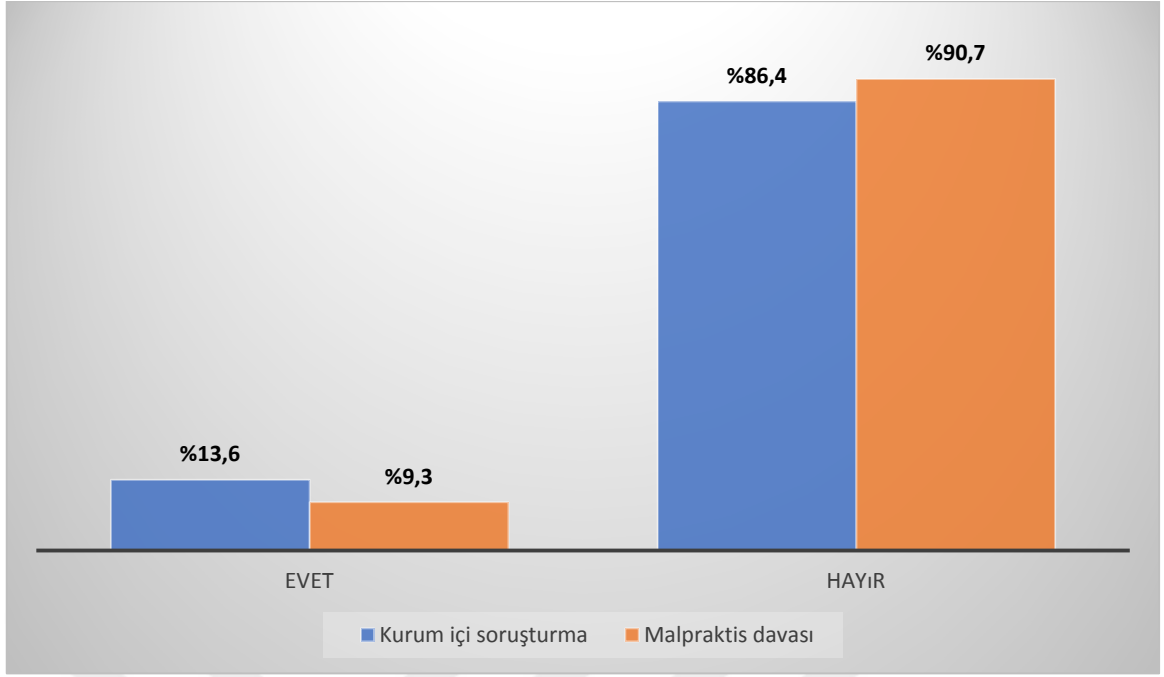
Çalışmaya katılan hekimlerin %25,7'sinin (n:151) “Zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının, tıbbi uygulama hatalarının azalmasına olumlu katkıda bulunacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabı verdiği, %74,3'ünün (n:437) ise hayır cevabı verdiği görülmüştür (Şekil 16). Aynı şekilde hekimlerin %40,1'inin (n:236) “Zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının, tıbbi uygulama hatalarının hekimlere getireceği maddi zararı karşılayabileceğini düşünüyor musunuz?” sorusuna evet cevabı verdiği, %59,9'unun (n:352) ise hayır cevabı verdiği görülmüştür (Şekil 16).



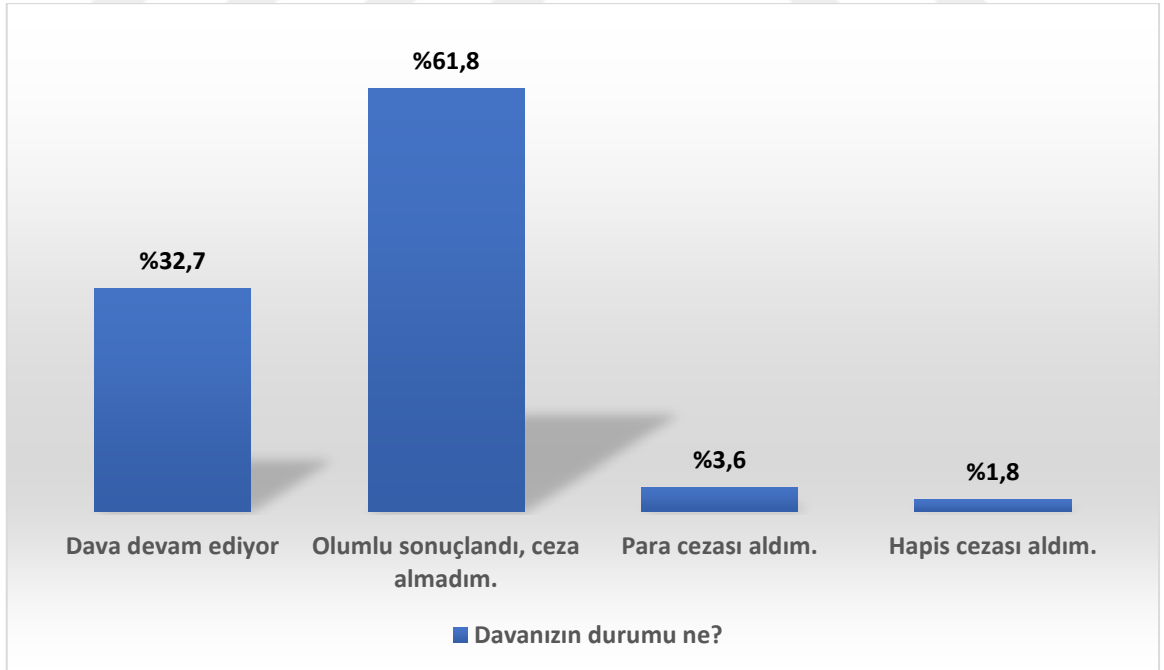
Şekil 16: Hekimlerin zorunlu mesleki sorumluluk sigortasına ilişkin sorulara verdiği cevaplar

Çalışmaya katılan hekimlerin %13,6'sı (n:80) meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkında kurum içi soruşturma açıldığını belirtirken, %86,4'ü (n:509) açılmadığını belirtmiştir. Aynı şekilde hekimlerin %9,3'ü (n:55) meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkında dava açıldığını belirtirken, %90,7'si (n:535) açılmadığını belirtmiştir (Şekil 17).

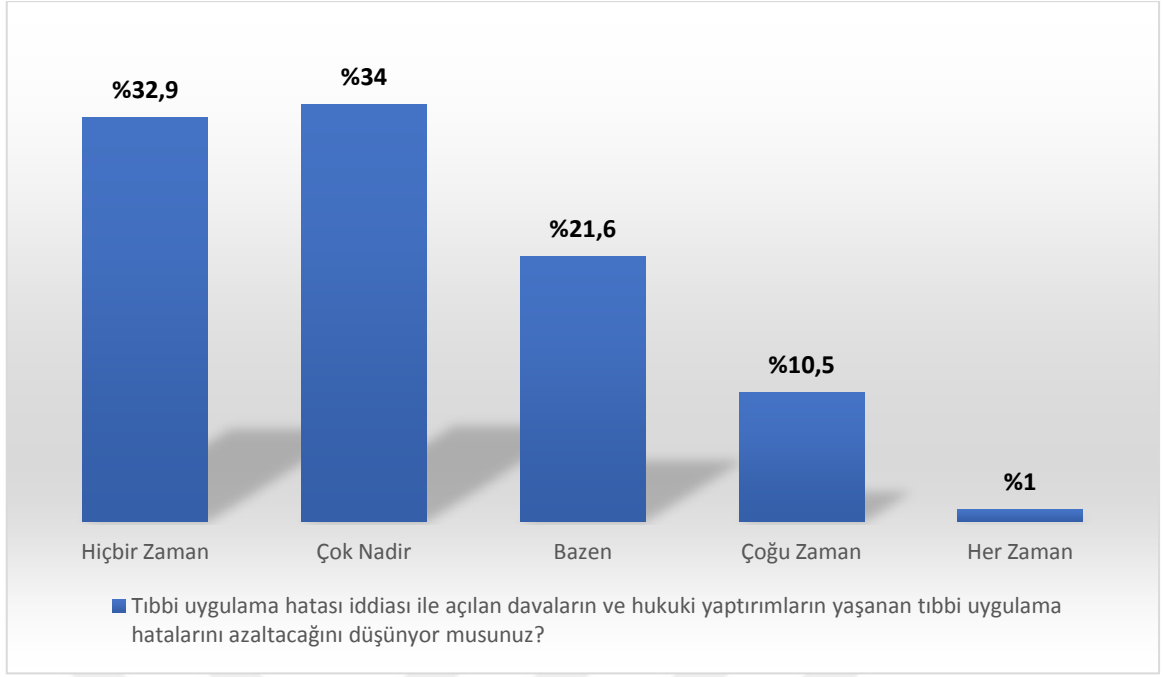
Hakkında tıbbi uygulama hatası nedeniyle dava açılan 55 hekimden %32,7'si (n:18) davasının devam ettiğini, %61,8'i (n:34) davasının olumlu sonuçlandığını ve herhangi bir ceza almadığını, %3,6'sı (n:2) para cezası aldığını ve %1,8'i (n:1) de hapis cezası aldığını belirtmiştir (Şekil 18).



Şekil 17: “Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda kurum içi soruşturma açıldı mı?” ve “Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda dava açıldı mı?” sorularına verilen cevaplar



Şekil 18: Malpraktis iddiası ile hakkında dava açılanların dava süreci



Şekil 19: “Tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların ve hukuki yaptırımların yaşanan tıbbi uygulama hatalarını azaltacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar

Çalışmaya katılan hekimlerin %32,9’u (n:195) tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların ve hukuki yaptırımların yaşanan tıbbi uygulama hatalarını hiçbir zaman azaltmayacağını, %34’ü (n:201) çok nadir azaltacağını belirtirken, soruya bazen cevabını verenlerin oranı %21,6 (n:128), çoğu zaman cevabını verenlerin oranı %10,5 (n:62) ve her zaman cevabını verenlerin oranı %1 (n:6) olmuştur (Şekil 19).

Tükenmişlik alt grupları ile meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yapılmasına ilişkin cevapların kıyaslanmasında; tıbbi uygulama hataları ile Duyarsızlaşma skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,045$). Meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yaptığını belirtenlerde yapmadığını belirtenlere göre Duyarsızlaşma skorları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Tıbbi uygulama hataları ile Duygusal Tükenme ve Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,108$, $p=0,792$). Tıbbi uygulama hatası ile tükenmişlik alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 41’de gösterilmiştir.

Tablo 41: Tıbbi uygulama hatası yapılması ile tükenmişlik alt boyutları arasındaki ilişki

TÜKENMİŞLİK ALT BOYUTLARI	“Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası yaptınız mı?”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Duygusal Tükenme	310	18,11	6,64	18,00	273	18,99	6,83	19,00
Duyarsızlaşma	313	7,73	3,57	8,00	271	8,34	3,63	8,00
Kişisel Başarı	312	19,43	3,98	20,00	271	19,39	4,03	19,00

Tükenmişlik alt grupları ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; çalıştığınız ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane koşullarının etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevapların kıyaslanmasında; soruya verilen cevaplar ile Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$). Soruya verilen cevaplar ile Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,456$). Kişisel Başarı skorları ile soruya verilen cevaplar arasındaki ilişki Tablo 42’de verilmiştir.

Tablo 42: Kişisel Başarı skorları ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; çalıştığınız ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane koşullarının etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	4	20,00	2,16	19,50
Çok Nadir	13	18,31	4,29	19,00
Bazen	57	20,19	4,13	21,00
Çoğu Zaman	228	19,40	4,11	19,00
Her Zaman	280	19,29	3,88	19,00

Duygusal Tükenme ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; çalıştığınız ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane

koşullarının etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevapların kıyaslanmasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; bazen-her zaman ($p=0,000$), çoğu zaman-her zaman ($p=0,000$) grubudur. Bu soruya her zaman cevabını veren hekimlerde bazen ve çoğu zaman cevabını veren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duygusal Tükenme görülmüştür. Diğer cevaplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Duygusal Tükenme skorları ile soruya verilen cevaplar arasındaki ilişki Tablo 43’de verilmiştir.

Tablo 43: Duygusal Tükenme skorları ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; çalıştığınız ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane koşullarının etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	4	12,25	12,55	10,00
Çok Nadir	13	15,15	6,73	15,00
Bazen	57	15,35	5,99	15,00
Çoğu Zaman	228	17,38	6,11	17,00
Her Zaman	282	20,27	6,82	21,00

Duyarsızlaşma ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; çalıştığınız ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane koşullarının etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevapların kıyaslanmasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; bazen-çoğu zaman ($p=0,023$), bazen-her zaman ($p=0,000$) ve çoğu zaman-her zaman ($p=0,014$) grubudur. Bu soruya her zaman cevabını veren hekimlerde bazen ve çoğu zaman cevabını veren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Yine çoğu zaman cevabı veren hekimlerde de bazen cevabı veren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Diğer cevaplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Duyarsızlaşma skorları ile soruya verilen cevaplar arasındaki ilişki Tablo 44’de verilmiştir.

Tablo 44: Duyarsızlaşma skorları ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; çalıştığınız ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane koşullarının etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	4	5,25	5,74	4,00
Çok Nadir	13	7,23	3,44	7,00
Bazen	57	6,02	3,33	6,00
Çoğu Zaman	226	7,70	3,29	8,00
Her Zaman	284	8,74	3,69	9,00

Tükenmişlik alt grupları ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; sosyal stres, sağlık problemleriniz, yorgunluk gibi kendinize özgü olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevapların kıyaslanmasında; soruya verilen cevaplar ile Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$). Soruya verilen cevaplar ile Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,510$). Kişisel Başarı skoru ile soruya verilen cevaplar arasındaki ilişki Tablo 45’de verilmiştir.

Tablo 45: Kişisel Başarı skoru ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; sosyal stres, sağlık problemleriniz, yorgunluk gibi kendinize özgü olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	16	20,69	4,03	20,50
Çok Nadir	59	20,00	3,49	20,00
Bazen	163	19,34	4,16	19,00
Çoğu Zaman	212	19,33	3,86	19,00
Her Zaman	132	19,18	4,21	19,00

Duygusal Tükenme ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; sosyal stres, sağlık problemlerinizi, yorgunluk gibi kendinize özgü olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevapların kıyaslanmasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; çok nadir-her zaman ($p=0,000$), bazen-her zaman ($p=0,000$), çoğu zaman-her zaman ($p=0,000$) grubudur. Bu soruya her zaman cevabını veren hekimlerde çok nadir, bazen ve çoğu zaman cevabını veren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duygusal Tükenme görülmüştür. Diğer cevaplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Duygusal Tükenme skoru ile soruya verilen cevaplar arasındaki ilişki Tablo 46’da verilmiştir.

Tablo 46: Duygusal Tükenme skoru ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; sosyal stres, sağlık problemlerinizi, yorgunluk gibi kendinize özgü olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	16	17,75	9,18	16,00
Çok Nadir	59	15,86	6,68	16,00
Bazen	163	17,09	6,62	17,00
Çoğu Zaman	213	18,15	6,01	18,00
Her Zaman	133	22,02	6,51	23,00

Duyarsızlaşma ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; sosyal stres, sağlık problemlerinizi, yorgunluk gibi kendinize özgü olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevapların kıyaslanmasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; çok nadir-her zaman ($p=0,001$), bazen-her zaman ($p=0,000$), çoğu zaman-her zaman ($p=0,004$) grubudur. Bu soruya her zaman cevabını veren hekimlerde çok nadir, bazen ve çoğu zaman cevabını veren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Diğer cevaplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Duyarsızlaşma skoru ile soruya verilen cevaplar arasındaki ilişki Tablo 47’de verilmiştir.

Tablo 47: Duyarsızlaşma skoru ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; sosyal stres, sağlık problemleriniz, yorgunluk gibi kendinize özgü olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	16	7,63	4,21	8,00
Çok Nadir	58	7,14	3,98	6,50
Bazen	162	7,48	3,63	7,00
Çoğu Zaman	214	7,85	3,17	8,00
Her Zaman	134	9,34	3,71	9,00

Tükenmişlik alt grupları ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi sizden kaynaklı olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevapların kıyaslanmasında; soruya verilen cevaplar ile Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,004$, $p=0,001$). Soruya verilen cevaplar ile Duygusal Tükenme skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,059$). Duygusal Tükenme skoru ile soruya verilen cevaplar arasındaki ilişki Tablo 48’de verilmiştir.

Tablo 48: Duygusal Tükenme ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi sizden kaynaklı olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Duygusal Tükenme			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	62	19,56	7,70	19,00
Çok Nadir	196	18,05	6,72	18,00
Bazen	215	17,98	6,34	18,00
Çoğu Zaman	77	18,77	6,42	19,00
Her Zaman	34	21,68	7,66	22,00

Duyarsızlaşma ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi sizden kaynaklı olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevapların kıyaslanmasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; hiçbir zaman-her zaman ($p=0,049$), çok nadir-her zaman ($p=0,001$), bazen-her zaman ($p=0,033$), çoğu zaman-her zaman ($p=0,046$) grubudur. Bu soruya her zaman cevabını veren hekimlerde hiçbir zaman, çok nadir, bazen ve çoğu zaman cevabını veren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülmüştür. Diğer cevaplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Duyarsızlaşma ile soruya verilen cevaplar arasındaki ilişki Tablo 49’da verilmiştir.

Tablo 49: Duyarsızlaşma ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi sizden kaynaklı olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Duyarsızlaşma			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	62	8,05	3,95	8,00
Çok Nadir	196	7,53	3,71	7,00
Bazen	216	8,15	3,41	8,00
Çoğu Zaman	76	7,89	3,26	8,00
Her Zaman	34	10,12	3,76	10,00

Kişisel Başarı ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi sizden kaynaklı olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevapların kıyaslanmasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; hiçbir zaman-çoğu zaman ($p=0,034$), hiçbir zaman-bazen ($p=0,017$), çok nadir-bazen ($p=0,042$) grubudur. Bu soruya bazen ve çoğu zaman cevabını veren hekimlerde hiçbir zaman ve çok nadir cevabını veren hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür. Diğer cevaplar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kişisel Başarı ile soruya verilen cevaplar arasındaki ilişki Tablo 50’de verilmiştir.

Tablo 50: Kişisel Başarı ile “Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi sizden kaynaklı olumsuz durumların etkisi oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki

	Kişisel Başarı			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	61	20,84	4,02	21,00
Çok Nadir	197	20,02	3,94	20,00
Bazen	214	18,83	3,73	19,00
Çoğu Zaman	76	18,70	4,07	18,50
Her Zaman	34	18,44	4,65	18,00

Tükenmişlik alt grupları ile “Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda kurum içi soruşturma açıldı mı?” sorusuna verilen cevapların kıyaslanmasında; soruya verilen cevaplar ile tükenmişlik alt grupları (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,220$, $p=0,858$, $p=0,881$). Tükenmişlik alt grupları ile soruya verilen cevaplar arasındaki ilişki Tablo 51’de gösterilmiştir.

Tablo 51: Tükenmişlik alt grupları ile “Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda kurum içi soruşturma açıldı mı?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki

	“Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda kurum içi soruşturma açıldı mı?”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Duygusal Tükenme	506	18,35	6,71	18,00	80	19,47	6,93	19,00
Duyarsızlaşma	506	8,02	3,58	8,00	80	8,04	3,75	7,00
Kişisel Başarı	505	19,33	3,92	19,00	79	19,72	4,55	19,00

Tükenmişlik alt grupları ile “Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda dava açıldı mı?” sorusuna verilen cevapların kıyaslanmasında; soruya verilen cevaplar ile Kişisel Başarı skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,005$). Meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkında dava açılmayan hekimlerde dava

açılanlara göre Kişisel Başarı hissi anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Soruya verilen cevaplar ile Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,925$, $p=0,054$). Tükenmişlik alt grupları ile soruya verilen cevaplar arasındaki ilişki Tablo 52’de gösterilmiştir.

Tablo 52: Tükenmişlik alt grupları ile “Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda dava açıldı mı?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki ilişki

	“Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda dava açıldı mı?”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Duygusal Tükenme	532	18,49	6,72	19,00	55	18,64	7,00	18,00
Duyarsızlaşma	532	8,11	3,56	8,00	55	7,15	3,92	6,00
Kişisel Başarı	530	19,20	3,88	19,00	55	21,18	4,72	21,00

Tıbbi uygulama hataları ve önlemlere ilişkin hizmet içi eğitim alınması ile tıbbi uygulama hatası yapılma oranları karşılaştırıldığında; hizmet içi eğitim alınmasının tıbbi uygulama hatası yapılmasını etkilemediği bulunmuştur ($p=0,483$). Değerler Tablo 53’de gösterilmiştir.

Tablo 53: Tıbbi uygulama hataları ve önlemlere ilişkin hizmet içi eğitim alınması ile tıbbi uygulama hatası yapılma oranları arasındaki ilişki

Hizmet içi eğitim alıyor musunuz?	Tıbbi uygulama hatası yaptınız mı?				Toplam	
	Hayır		Evet			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hiçbir Zaman	58	%53,2	51	%46,8	109	%100
Çok Nadir	98	%49,7	99	%50,3	197	%100
Bazen	118	%58,4	84	%41,6	202	%100
Çoğu Zaman	34	%51,5	32	%48,5	66	%100
Her Zaman	6	%46,2	7	%53,8	13	%100

Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelenme sıklıkları ile tıbbi uygulama hatası yapılma oranları karşılaştırıldığında; tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelenme sıklıklarının tıbbi uygulama hatası yapılmasını etkilediği bulunmuştur ($p=0,012$). Değerler Tablo 54’de gösterilmiştir.

Tablo 54: Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelenme sıklıkları ile tıbbi uygulama hatası yapılma oranları arasındaki ilişki

Hata yapmaktan endişe duyuyor musunuz?	Tıbbi uygulama hatası yaptınız mı?				Toplam	
	Hayır		Evet			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hiçbir Zaman	4	%100	0	%0	4	%100
Çok Nadir	32	%57,1	24	%42,9	56	%100
Bazen	136	%56	107	%44	243	%100
Çoğu Zaman	99	%45,6	118	%54,4	217	%100
Her Zaman	43	%64,2	24	%35,8	67	%100

4.4. Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Pozitif Defansif Tıp tutumuna ilişkin sorular, şiddet derecelerine göre 0. hiçbir zaman, 1. çok nadir, 2. bazen, 3. çoğu zaman, 4. her zaman seçenekleri seçilerek yanıtlanmıştır. Pozitif defansif tıp uygulamalarının yaşanma sıklığı, Likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklıkla artan puanlama ile '0' dan '4' e kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilmiş olup, 12 soruya verilen cevapların toplamı Pozitif Defansif Tıp (PDT) skorunu oluşturmuştur. Pozitif defansif tıp tutumuna ilişkin sorular ve verilen cevaplar Tablo 55’de gösterilmiştir.

Tablo 55: Pozitif Defansif Tıp tutumuna ilişkin sorular ve verilen cevaplar

Sorular/ Sıklık (%)	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; hastamdan gerekenden fazla tahlil isterim.	7	18,8	39,4	28	6,8
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; hastamdan gerekenden fazla görüntüleme tetkiki isterim.	10,5	19,4	35,1	28,7	6,3
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; biyopsi gibi girişimsel işlemlere daha fazla başvururum.	22,5	30,8	25,7	17	3,9
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; hastalarımı daha sık takip ederim.	7,8	13,3	36,2	34,5	8,2
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; gerekenden fazla konsültasyon isterim.	8	18,2	30,9	32,9	10
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; daha fazla yatış planlarım.	16,7	25,3	33,6	18,3	6,1
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; hastanın hastanede yatış süresini gerekenden uzun tutarım.	20	26,3	33,1	15,5	5,1
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; hastayı gerekenden fazla gözlem altında tutarım.	11,9	19,6	36,1	26,5	6
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; endikasyona ek olarak fazla ilaç yazarım.	31,1	33,8	23,1	8,7	3,2
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; hastayı tüm işlemlerde gerekenden fazla bilgilendiririm.	9,7	16,3	31,8	34	8,2
Ayrıntılı tıbbi kayıt tutmamda dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi önemli bir yer tutar.	4,1	9,2	21,9	43,9	20,9
Ayrıntılı onam formu kullanmamda dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi önemli bir yer tutar.	4,1	9,2	17,4	42,2	27,1

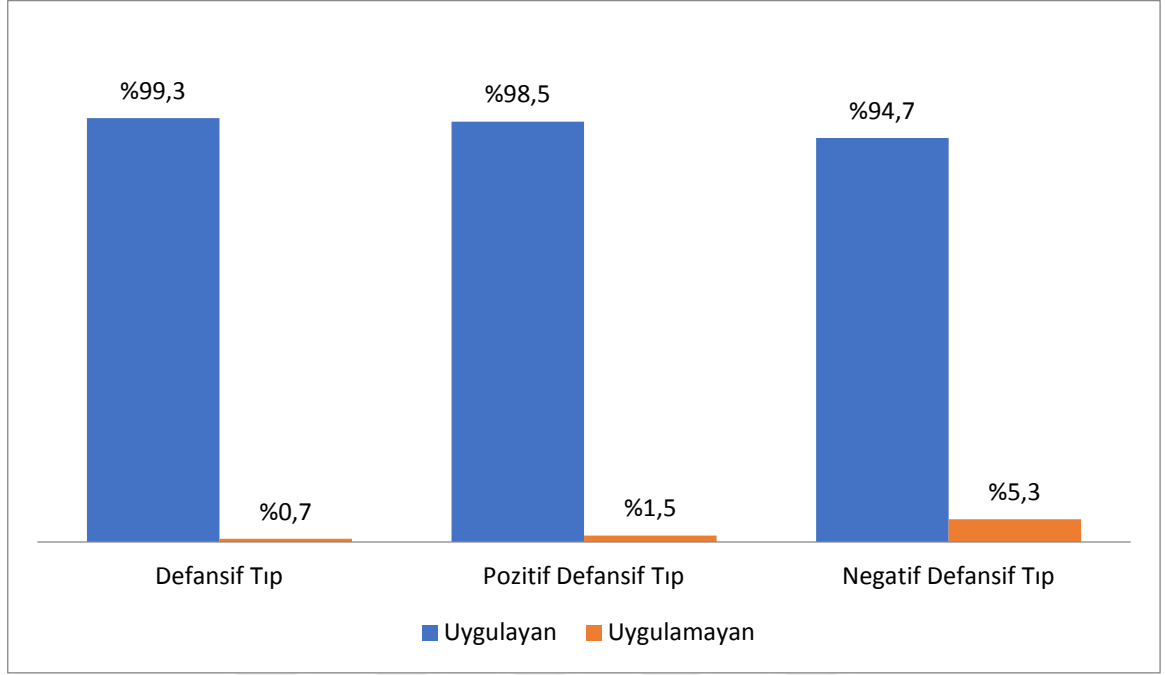
Negatif Defansif Tıp tutumuna ilişkin sorular, şiddet derecelerine göre 0. hiçbir zaman, 1. çok nadir, 2. bazen, 3. çoğu zaman, 4. her zaman seçenekleri seçilerek yanıtlanmıştır. Negatif defansif tıp uygulamalarının yaşanma sıklığı, Likert tipi ölçekleme yöntemi ile belirtilerek, sıklıkla artan puanlama ile '0' dan '4' e kadar puanlamanın sonuçlarına dayanılarak değerlendirilmiş olup, 7 soruya verilen cevapların toplamı Negatif Defansif Tıp (NDT) skorunu oluşturmuştur. Negatif defansif tıp tutumuna ilişkin sorular ve verilen cevaplar Tablo 56'da gösterilmiştir.

Tablo 56: Negatif Defansif Tıp tutumuna ilişkin sorular ve verilen cevaplar

Sorular/ Sıklık (%)	Hiçbir Zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; yaşamsal riske sahip hastaların kabul ve takibinden kaçınırım.	26,7	27	28,7	14,5	3,1
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; daha etkili ancak komplikasyon ihtimali yüksek tedavi yöntemlerinden kaçınırım.	18,6	28,6	30,8	17,9	4,1
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; agresif hasta ve hasta yakını varlığında bu hastaların kabul ve takibinden kaçınırım.	10,9	20,6	33,5	26,2	8,8
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; invaziv (girişimsel) tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınırım.	20,3	34	32,6	10,8	2,4
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; servisimde tedavi ve takip imkanı olmasına rağmen riskli hastaları başka hekimlere veya başka hastaneye yönlendirme eğilimindeyim.	30,3	32	24,4	10,1	3,2
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; reçete yazarken daha etkili ilaçlar yerine daha sık kullanılan ve yan etkisi daha az olan ilaçları tercih ederim.	20,1	21,8	31,1	24,1	2,9
Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle; sorumluluğun daha fazla olduğunu düşündüğüm nöbet usulü çalışmaktan kaçınırım.	37,7	19,9	19,5	14,7	8,2

Çalışmamızda pozitif ve negatif defansif tıp sorularına verilen cevaplarda tüm sorulara hiçbir zaman cevabı veren hekimlerin defansif tıp uygulamadığı, en az 1 soruda hiçbir zaman cevabı dışında başka bir cevap verilmesi halinde hekimlerin defansif tıp uyguladığı kabul edilmiştir. Bu haliyle çalışmamıza katılan hekimlerin % 99,3'ü (n:583) az ya da çok defansif tıp uyguladığını belirtirken, %0,7'si (n:4) ise hiçbir zaman uygulamadığını belirtmiştir. Hekimlerin %98,5'i (n:576) az ya da çok pozitif defansif tıp uyguladığını belirtirken, %1,5'i (n:9) ise hiçbir zaman uygulamadığını belirtmiştir. Hekimlerin %94,7'si (n:551) az ya da çok

negatif defansif tıp uyguladığını belirtirken, %5,3'ü (n:31) ise hiçbir zaman uygulamadığını belirtmiştir (Şekil 20).



Şekil 20:Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp, pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp uygulama oranları

Çalışmaya katılan hekimlerin Pozitif Defansif Tıp (PDT) skoru puan ortalamasının $24 \pm 9,3$ (min:0, max:48), Negatif Defansif Tıp (NDT) skor puan ortalamasının $10,7 \pm 6,1$ (min:0, max:28) olduğu görülmüştür.

Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları ile cinsiyet kıyaslamasında; cinsiyet ile Pozitif Defansif Tıp skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,001$). Erkeklerde kadınlara göre Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ile Negatif Defansif Tıp skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,252$). Hem Pozitif hem de Negatif Defansif Tıp Skorları erkeklerde kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Cinsiyet ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki Tablo 57’de gösterilmiştir.

Tablo 57: Cinsiyet ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki

	Cinsiyet							
	Erkek				Kadın			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Pozitif Defansif Tıp	276	25,49	9,71	25,00	309	22,81	8,84	23,00
Negatif Defansif Tıp	276	11,18	6,40	11,00	306	10,29	5,82	10,00

Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları ile yaş kıyaslamasında; yaş grupları ile Defansif Tıp Skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,256$, $p=0,174$). Pozitif Defansif Tıp Skoru 36-40 yaş aralığındaki hekimlerde en yüksek iken, Negatif Defansif Tıp Skoru 20-25 yaş grubundaki hekimlerde en yüksek olduğu görülmüştür. Yaş grupları ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki Tablo 58’de gösterilmiştir.

Tablo 58: Yaş grupları ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
20-25 yaş	62	25,27	8,67	24,00	62	12,26	6,21	12,00
26-30 yaş	327	24,08	8,50	24,00	324	10,85	6,09	11,00
31-35 yaş	80	25,00	10,05	25,00	81	9,93	5,83	10,00
36-40 yaş	32	25,75	11,58	24,00	32	10,28	7,22	9,00
41-45 yaş	17	24,06	11,61	23,00	17	9,35	6,21	9,00
46 yaş ve üzeri	48	20,96	11,41	21,50	47	9,94	5,89	9,00

Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları ile medeni durum kıyaslamasında; medeni durum ile Defansif Tıp Skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olup ($p=0,296$, $p=0,662$), her 2 grupta da benzer ortalamalar görülmüştür. Medeni durum ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki Tablo 59’da gösterilmiştir.

Tablo 59: Medeni durum ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki

	Medeni Durum							
	Evli				Bekar			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Pozitif Defansif Tıp	257	24,58	9,87	24,00	328	23,67	8,92	24,00
Negatif Defansif Tıp	254	10,55	5,93	11,00	328	10,84	6,26	10,00

Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları ile çocuk varlığı kıyaslamasında; çocuk varlığı ile Defansif Tıp Skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olup ($p=0,855$, $p=0,427$) her 2 grupta da benzer ortalamalar görülmüştür. Çocuk varlığı ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki Tablo 60’da gösterilmiştir.

Tablo 60: Çocuk varlığı ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki

	Çocuk Varlığı							
	Yok				Var			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Pozitif Defansif Tıp	425	24,09	8,71	24,00	160	24,03	10,90	24,00
Negatif Defansif Tıp	423	10,84	6,12	11,00	159	10,37	6,10	10,00

Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları ile hekimlikte geçirilen toplam sürenin kıyaslamasında; hekimlikte geçirilen toplam süre ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,182$, $p=0,312$). Pozitif Defansif Tıp Skor ortalaması hekimlikte ortalama 6-10 yıl geçiren hekimlerde en yüksek iken, Negatif Defansif Tıp Skor ortalaması hekimlikte ortalama 0-5 yıl geçiren hekimlerde en yüksek bulunmuştur. Hekimlikte geçirilen toplam süre ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki Tablo 61’de gösterilmiştir.

Tablo 61: Hekimlikte geçirilen toplam süre ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
0-5 yıl	385	24,16	8,34	24,00	383	11,06	5,99	11,00
6-10 yıl	95	25,33	10,68	24,00	95	10,13	6,61	10,00
11-15 yıl	31	23,61	10,95	24,00	31	9,77	6,39	8,00
16-20 yıl	22	24,91	10,88	25,00	22	10,41	5,75	9,50
21 yıl ve üzeri	52	21,02	11,59	21,50	51	9,86	6,06	8,00

Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları ile çalışılan kurum kıyaslamasında; çalışılan kurum ile Pozitif Defansif Tıp skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,006$). Eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekimlerde üniversite hastanesinde çalışan hekimlere göre Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çalışılan kurum ile Negatif Defansif Tıp skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,181$). Çalışılan kurum ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki Tablo 62’de gösterilmiştir.

Tablo 62: Çalışılan kurum ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki

	Çalıştığı Kurum							
	Üniversite Hastanesi				Eğitim Araştırma Hastanesi			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Pozitif Defansif Tıp	265	22,91	9,16	23,00	320	25,03	9,41	25,00
Negatif Defansif Tıp	261	10,38	6,01	10,00	321	10,98	6,19	11,00

Defansif Tıp skorları ile uzmanlık alanları kıyaslamasında; pozitif ve negatif defansif tıp uygulamaları ile uzmanlık alanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,393$, $p=0,697$). Cerrahi Bilimlerde Pozitif Defansif Tıp Uygulama skor ortalaması en yüksekken, Negatif Defansif Tıp Uygulama skor ortalaması Cerrahi, Dahili ve Temel Bilimlerde benzer oranda görülmüştür. Uzmanlık alanları ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 63’de gösterilmiştir.

Tablo 63: Uzmanlık alanları ile Defansif Tıp Skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Dahili Bilimler	323	23,54	8,68	24,00	319	10,95	6,18	11,00
Cerrahi Bilimler	247	24,81	10,08	24,00	247	10,43	6,06	10,00
Temel Bilimler	11	21,45	11,49	22,00	11	10,82	6,63	11,00

Defansif Tıp skorları ile mevcut uzmanlık dalında geçirilen süre kıyaslandığında; mevcut uzmanlık dalında geçirilen süre ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,265$, $p=0,518$). Mevcut uzmanlık dalında geçirilen süre ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 64’de gösterilmiştir.

Tablo 64: Mevcut uzmanlık dalında geçirilen süre ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
0-5 yıl	439	24,10	8,60	24,00	435	10,89	6,13	11,00
6-10 yıl	34	25,29	9,92	24,00	33	9,45	6,14	8,00
11-15 yıl	18	22,61	13,54	23,50	18	10,11	6,23	11,00
16-20 yıl	18	23,22	11,93	24,50	18	10,00	6,11	9,00
21 yıl ve üzeri	32	20,09	11,46	18,50	32	9,53	5,54	8,00

Defansif Tıp skorları ile unvanlar kıyaslandığında; unvan ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,064$, $p=0,098$). Unvanlar ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 65’de gösterilmiştir.

Tablo 65: Unvanlar (asistan, uzman, uzman öğretim üyesi, doçent, profesör) ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Asistan Hekim	429	24,32	8,65	24,00	427	11,08	6,18	11,00
Uzman Hekim	121	23,85	10,25	24,00	121	9,74	5,79	10,00
Uzman Öğr. Üyesi	9	26,67	15,55	25,00	9	10,56	8,49	8,00
Doçent	14	24,00	13,10	23,00	13	10,38	6,32	11,00
Profesör	12	15,58	10,77	16,50	12	7,83	3,35	8,00

Doktor öğretim üyesi, Doçent ve Profesör unvanları Öğretim Üyesi unvanı olarak birleştirilerek Defansif Tıp skorları ile unvanlar kıyaslandığında; unvan ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Skorları arasında yine anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,311$, $p=0,053$). Ancak bu haliyle unvanda yükselme oldukça hem Pozitif Defansif Tıp skorlarında hem de Negatif Defansif Tıp skorlarında azalma görülmüştür. Unvanlar ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 66’da gösterilmiştir.

Tablo 66: Unvanlar (asistan, uzman, öğretim üyesi) ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Asistan Hekim	429	24,32	8,65	24,00	427	11,08	6,18	11,00
Uzman Hekim	121	23,85	10,25	24,00	121	9,74	5,79	10,00
Öğretim Üyesi	35	21,80	13,49	22,00	34	9,53	6,11	8,00

Defansif Tıp skorları ile haftalık çalışma saati kıyaslandığında; haftalık çalışma saati ile Pozitif Defansif Tıp skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,024$). Haftalık çalışma saati ile Pozitif Defansif Tıp skoru arasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; 40 saat altı- 50-60 saat arası ($p=0,016$) ve 40 saat altı-60 saat üstü ($p=0,012$) aralıklarıdır. Pozitif Defansif Tıp skoru; haftalık ortalama 40 saat altı çalışan hekimlerde; 50-60 saat arası çalışan hekimlere ve 60 saat üstü çalışan hekimlere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Negatif Defansif Tıp skoru ile haftalık çalışma saati arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,406$).

Haftalık ortalama çalışma saati ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 67’de gösterilmiştir.

Tablo 67: Haftalık ortalama çalışma saati ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
40 saat altı	38	20,26	9,73	22,50	37	12,11	6,90	14,00
40-50 saat	193	22,83	9,36	24,00	191	10,83	6,19	11,00
50-60 saat	82	25,46	10,18	25,00	81	10,74	6,22	11,00
60 saat üstü	272	25,06	8,81	24,00	273	10,43	5,92	10,00

Defansif Tıp skorları ile aylık ortalama nöbet sayıları kıyaslandığında; aylık ortalama nöbet sayıları ile Pozitif Defansif Tıp skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Negatif Defansif Tıp skoru ile haftalık çalışma saati arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,933$). Pozitif Defansif Tıp skoru ile aylık ortalama nöbet sayıları arasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; nöbet tutmuyor-1-5 gün nöbet tutuyor ($p=0,000$) ile nöbet tutmuyor-6-10 gün nöbet tutuyor ($p=0,000$) aralıklarıdır. Pozitif Defansif Tıp skoru; nöbet tutmayan hekimlerde aylık ortalama 1-5 gün ve 6-10 gün arasında nöbet tutan hekimlere göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Aylık ortalama nöbet sayıları ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 68’de gösterilmiştir.

Tablo 68: Aylık ortalama nöbet sayıları ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Nöbet Tutmuyor	122	19,58	10,12	21,00	118	10,70	6,61	11,00
1-5 gün	176	25,21	9,70	25,00	175	10,95	6,02	10,00
6-10 gün	271	25,25	8,29	25,00	273	10,59	6,04	10,00
11 ve üzeri gün	16	25,88	5,89	24,50	16	10,13	4,73	11,00

Defansif Tıp skorları ile hekimlik mesleğini seçme nedenleri kıyaslandığında; hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasında anlamlı bir

ilişki bulunmamıştır ($p=0,485$, $p=0,353$). Hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 69’da gösterilmiştir.

Tablo 69: Hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Kendi İsteği İle	454	23,89	9,24	24,00	452	10,66	6,01	10,00
Aile Önerisi İle	109	24,75	9,91	25,00	107	10,51	6,36	10,00
Diğer nedenler	22	24,41	8,92	26,50	23	12,65	6,87	14,00

Defansif Tıp skorları ile şu anki branşını seçme nedenleri kıyaslandığında; şu anki branşı seçme nedeni ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$).

Pozitif Defansif Tıp skoru ile şu anki branşını seçme nedenleri arasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; ilgi sevgi nedeniyle- TUS puanına göre seçme zorunluluğu nedeniyle ($p=0,000$) ile nöbetsiz oluşu nedeniyle-TUS puanına göre seçme zorunluluğu nedeniyle ($p=0,000$) aralıklarıdır. Şu anki branşını TUS puanına göre seçme zorunluluğu nedeniyle seçen hekimlerde şu anki branşını ilgi- sevgi ile ve nöbetsiz oluşu nedeniyle seçen hekimlere göre Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hekimlerin şu anki branşını seçme nedenleri ile Pozitif Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 70’de gösterilmiştir.

Negatif Defansif Tıp skoru ile şu anki branşını seçme nedenleri arasında anlamlılığı oluşturan aralıklar; ilgi sevgi nedeniyle- TUS puanına göre seçme zorunluluğu nedeniyle ($p=0,000$), ilgi sevgi nedeniyle- nöbetsiz oluşu nedeniyle ($p=0,000$), diğer nedenler- TUS puanına göre seçme zorunluluğu nedeniyle ($p=0,012$) ve diğer nedenler- nöbetsiz oluşu nedeniyle ($p=0,008$) aralıklarıdır. Şu anki branşını TUS puanına göre seçme zorunluluğu nedeniyle ve nöbetsiz oluşu nedeniyle seçen hekimlerde ilgi- sevgi ve diğer nedenlerle seçen hekimlere göre Negatif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hekimlerin şu anki branşını seçme nedenleri ile Negatif Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 70’de gösterilmiştir.

Tablo 70: Hekimlerin şu anki branşını seçme nedenleri ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Nöbetsiz	84	21,85	8,78	23,00	84	12,68	6,19	14,00
Yüksek Maaş	11	27,45	9,63	25,00	11	11,82	7,93	11,00
Prestij	58	25,28	9,45	24,50	58	10,57	5,50	11,50
TUS Puanı	153	27,27	9,19	27,00	151	12,60	6,40	13,00
İlgi, Sevgi	176	22,16	9,16	22,00	174	8,77	5,40	8,00
Diğer	89	23,62	9,18	24,00	91	9,71	5,96	10,00

Defansif Tıp skorları ile mevcut çalışma şartlarından memnuniyet kıyaslandığında; mevcut çalışma şartlarından memnuniyet ile Pozitif Defansif Tıp skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Negatif Defansif Tıp skoru ile mevcut çalışma şartlarından memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,172$).

Mevcut çalışma şartlarından memnuniyet ile Pozitif Defansif Tıp skoru arasındaki anlamlılığı oluşturan aralıklar; memnun- memnun değil ($p=0,000$) ve kısmen memnun- memnun değil ($p=0,000$) aralıklarıdır. Mevcut çalışma şartlarından memnun olmayan hekimlerin memnun ve kısmen memnun olan hekimlere göre Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 71: Hekimlerin mevcut çalışma şartlarından memnuniyetleri ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Memnun Değilim	211	26,82	9,78	27,00	209	11,30	6,40	11,00
Kısmen Memnunum	297	23,02	8,72	24,00	296	10,58	5,85	10,00
Memnunum	77	20,62	8,59	21,00	77	9,60	6,24	9,00

Hekimlerin mevcut çalışma şartlarından memnuniyetleri ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 71’de gösterilmiştir. Mevcut çalışma şartlarından memnun olmayan

hekimlerin diğer hekimlere göre hem Pozitif hem de Negatif Defansif Tıp skorları daha yüksek görülmüştür.

Defansif Tıp skorları ile meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yapılması kıyaslandığında; meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yapılması ile Pozitif Defansif Tıp skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,040$). Negatif Defansif Tıp skoru ile meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yapılması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,543$). Meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yaptığını belirten hekimlerde yapmadığını belirtenlere göre Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yapılması ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 72’de gösterilmiştir.

Tablo 72: Meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yapılması ile Defansif tıp skorları arasındaki ilişki

	“Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası yaptınız mı?”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Pozitif Defansif Tıp	311	23,28	9,01	24,00	271	24,93	9,69	24,00
Negatif Defansif Tıp	308	10,54	6,04	10,00	270	10,85	6,17	11,00

Defansif Tıp skorları ile meslek hayatı boyunca hakkında tıbbi uygulama hatası nedeniyle kurum içi soruşturma açılıp açılmadığına ilişkin soru kıyaslandığında; meslek hayatı boyunca hakkında kurum içi soruşturma açılması ile Pozitif Defansif Tıp skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Negatif Defansif Tıp skoru ile meslek hayatı boyunca hakkında kurum içi soruşturma açılması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,136$). Meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle kurum içi soruşturma geçirdiğini belirten hekimlerde geçirmediğini belirtenlere göre Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Meslek hayatı boyunca hakkında tıbbi uygulama hatası nedeniyle kurum içi soruşturma açılıp açılmadığına ilişkin soru ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 73’de gösterilmiştir.

Tablo 73: Meslek hayatı boyunca hakkında tıbbi uygulama hatası nedeniyle kurum içi soruşturma açılıp açılmadığına ilişkin soru ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki

	“Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda kurum içi soruşturma açıldı mı?”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Pozitif Defansif Tıp	504	23,42	9,16	24,00	80	28,29	9,50	28,00
Negatif Defansif Tıp	500	10,57	6,02	10,00	80	11,71	6,67	11,50

Defansif tıp skorları ile meslek hayatı boyunca hakkında tıbbi uygulama hatası nedeniyle dava açılıp açılmadığına ilişkin soru kıyaslandığında; meslek hayatı boyunca hakkında dava açılması ile Pozitif Defansif tıp skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,023$). Negatif Defansif tıp skoru ile meslek hayatı boyunca hakkında dava açılması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,406$). Meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkında dava açıldığını belirten hekimlerde dava açılmadığını belirtenlere göre Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Meslek hayatı boyunca hakkında tıbbi uygulama hatası nedeniyle dava açılıp açılmadığına ilişkin soru ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 74’de gösterilmiştir.

Tablo 74: Meslek hayatı boyunca hakkında tıbbi uygulama hatası nedeniyle dava açılıp açılmadığına ilişkin soru ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki

	“Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda dava açıldı mı?”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Pozitif Defansif Tıp	530	23,78	9,06	24,00	55	26,93	11,50	27,00
Negatif Defansif Tıp	526	10,64	6,03	10,00	55	11,47	6,90	11,00

Defansif tıp skorları ile “Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?” sorusu kıyaslandığında; soru ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$).

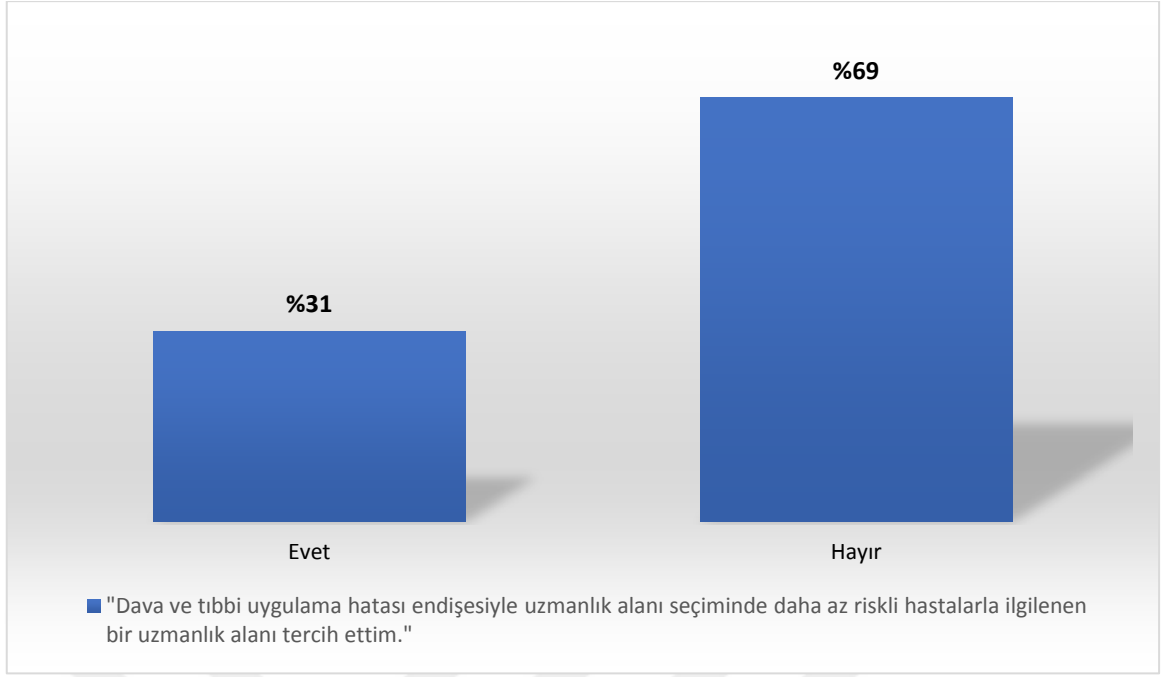
Pozitif Defansif Tıp skorunda anlamlılığı oluşturan aralıklar; çok nadir-çoğu zaman ($p=0,000$), çok nadir-her zaman ($p=0,000$), bazen-çoğu zaman ($p=0,000$), bazen-her zaman ($p=0,000$) aralıklarıdır. “Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?” sorusuna çoğu zaman ve her zaman cevaplarını veren hekimlerde çok nadir ve bazen cevaplarını veren hekimlere göre Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Negatif Defansif Tıp Skorunda anlamlılığı oluşturan aralıklar; bazen-çoğu zaman ($p=0,000$), bazen her zaman ($p=0,000$) aralıkları idi. “Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?” sorusuna çoğu zaman ve her zaman cevaplarını veren hekimlerde bazen cevabını veren hekimlere göre Negatif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Soruya verilen cevaplar ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki Tablo 75’de gösterilmiştir.

Tablo 75: “Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar ile Defansif Tıp skorları arasındaki ilişki

	Pozitif Defansif Tıp				Negatif Defansif Tıp			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Hiçbir Zaman	4	17,50	12,58	13,00	4	8,00	7,44	7,00
Çok Nadir	54	19,26	9,16	19,00	54	9,74	4,98	10,00
Bazen	242	21,64	8,51	22,00	240	9,29	5,78	9,00
Çoğu Zaman	218	26,22	8,43	27,00	217	11,80	5,76	12,00
Her Zaman	67	30,12	10,27	31,00	67	13,21	7,63	13,00

Anketin son 5 sorusu ise; dava ve tıbbi uygulama hatası endişesinin uzmanlık alanı seçimine, geçmişte uzmanlık alanı değişimine etkisinin olup olmaması ile şu an uzmanlık alanı değişikliği, mesleği bırakma veya erken emeklilik düşünüp düşünülmediğine ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle “uzmanlık alanı” seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen bir uzmanlık alanı tercih edilip edilmediği sorulduğunda; hekimlerin %31’i (n:182) evet cevabı verirken, %69’u (n:406) hayır cevabını vermiştir (Şekil 21).



Şekil 21: Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle “uzmanlık alanı” seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen bir uzmanlık alanı tercih edilip edilmediği sorusuna verilen cevapların yüzdesi

Tablo 76: Tükenmişlik alt grupları ile uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen uzmanlık alanı tercihinin ilişkisi

	“Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen bir uzmanlık alanı tercih ettim.”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Duygusal Tükenme	404	18,74	6,52	19,00	181	18,02	7,23	18,00
Duyarsızlaşma	404	8,18	3,59	8,00	181	7,70	3,60	8,00
Kişisel Başarı	403	19,71	4,17	20,00	180	18,61	3,49	19,00

Tükenmişlik alt grupları ile uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen uzmanlık alanı tercihinin ilişkisi soru kıyaslandığında; uzmanlık alanı seçimi ile Kişisel Başarı skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,004$). Uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen bir uzmanlık alanı tercih eden hekimlerde böyle bir tercih yapmayan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı skoru bulunmuştur. Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma ile uzmanlık alanı seçimi arasında anlamlı bir ilişki

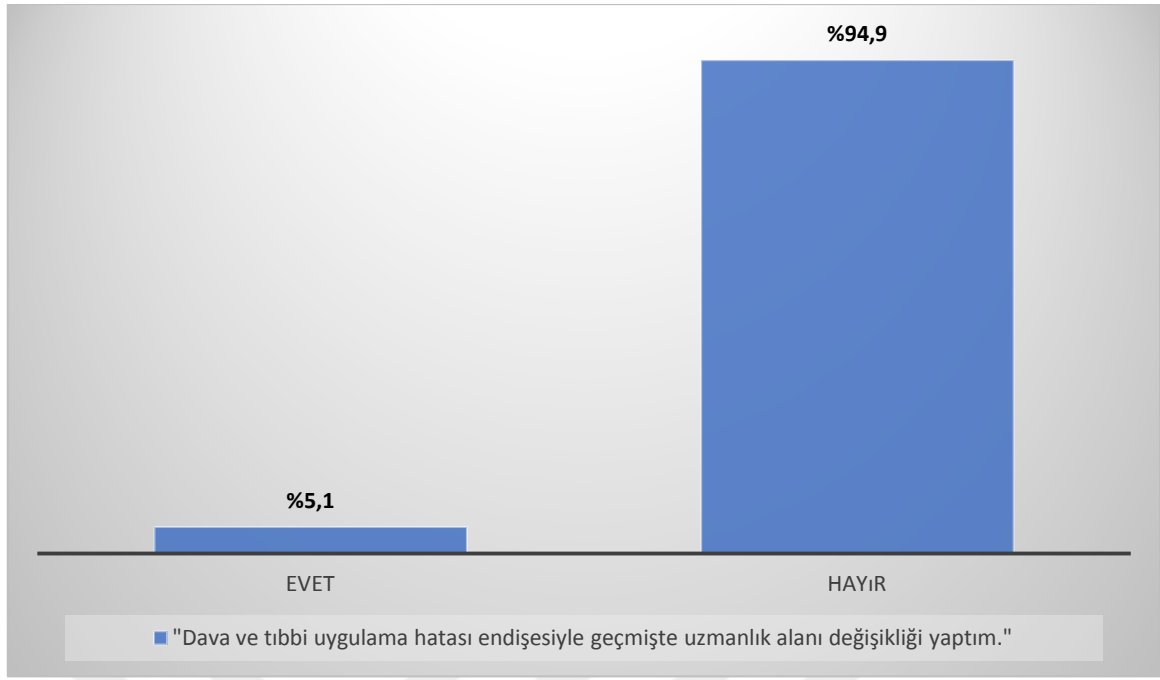
bulunmamıştır ($p=0,324$, $p=0,086$). Tükenmişlik alt grupları ile uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen uzmanlık alanı tercihinine ilişkin soru arasındaki ilişki Tablo 76’da gösterilmiştir.

Defansif tıp skorları ile uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen uzmanlık alanı tercihinine ilişkin soru kıyaslandığında; uzmanlık alanı seçimi ile Negatif Defansif Tıp skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$). Uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen bir uzmanlık alanı tercih eden hekimlerde böyle bir tercih yapmayan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Negatif Defansif Tıp skoru bulunmuştur. Pozitif Defansif Tıp skoru ile uzmanlık alanı seçimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,182$). Defansif Tıp skorları ile uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen uzmanlık alanı tercihinine ilişkin soru arasındaki ilişki Tablo 77’de gösterilmiştir.

Tablo 77: Defansif Tıp skorları ile uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen uzmanlık alanı tercihinine ilişkin soru arasındaki ilişki

	“Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen bir uzmanlık alanı tercih ettim.”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Pozitif Defansif Tıp	404	23,82	9,21	24,00	181	24,64	9,65	25,00
Negatif Defansif Tıp	403	9,40	5,66	9,00	179	13,66	6,09	14,00

Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yapıp yapılmadığı sorulduğunda; hekimlerin %5,1’i (n:30) dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptığını belirtirken, %94,9’u (n:557) yapmadığını belirtmiştir (Şekil 22).



Şekil 22: “Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptım.” sorusuna verilen cevapların oranı

Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptığını belirten 30 hekimin önceki uzmanlık alanları; acil tıp (n:6), pediatri (n:4), anestezi (n:3), dahiliye (n:3), kardiyoloji (n:3), genel cerrahi (n:2), kadın doğum (n:2), çocuk cerrahisi (n:1), nöroloji (n:1), ortopedi (n:1) ve üroloji (n:1) idi, 3 kişi de önceki uzmanlık alanını belirtmemiştir.

Tablo 78: Tükenmişlik alt grupları ile geçmişte uzmanlık alanı değişikliğine ilişkin soru arasındaki ilişki

	“Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptım.”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Duygusal Tükenme	554	18,51	6,73	18,00	30	18,40	7,17	20,00
Duyarsızlaşma	554	8,02	3,58	8,00	30	7,97	3,95	6,50
Kişisel Başarı	552	19,40	4,04	19,00	30	19,00	3,26	19,00

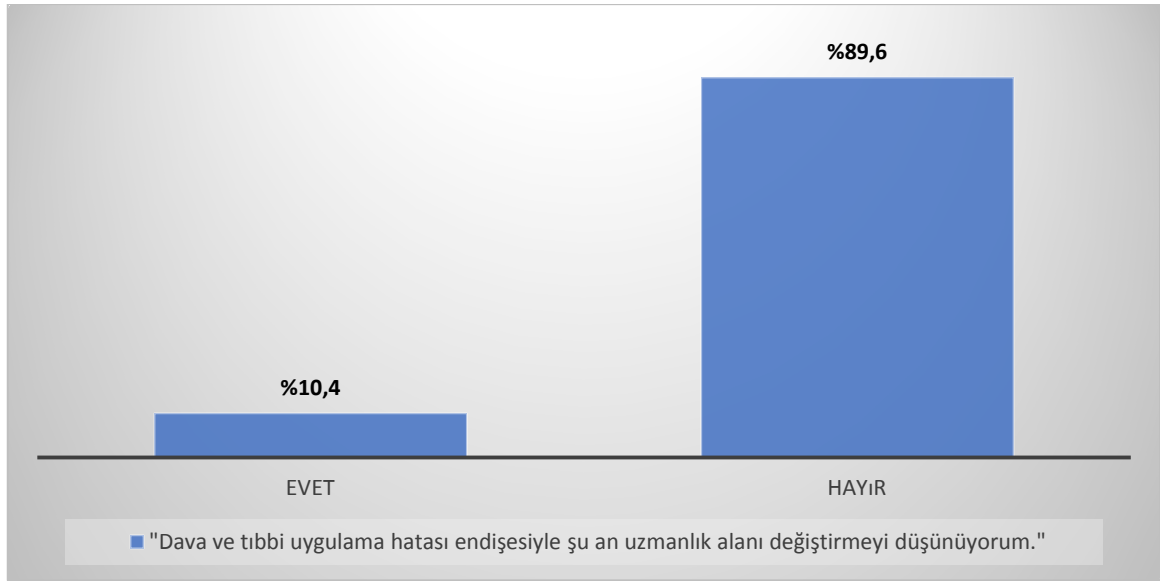
Tükenmişlik alt grupları ile geçmişte uzmanlık alanı değişikliğine ilişkin sorunun kıyaslanmasında; geçmişte uzmanlık alanı değişikliği sorusu ile tükenmişlik alt grupları arasında (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı) anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,918$, $p=0,568$, $p=0,555$). Tükenmişlik alt grupları ile geçmişte uzmanlık alanı değişikliğine ilişkin soru arasındaki ilişki Tablo 78’de gösterilmiştir.

Defansif Tıp skorları ile geçmişte uzmanlık alanı değişikliğine ilişkin sorunun kıyaslanmasında; geçmişte uzmanlık alanı değişikliği sorusu ile Negatif Defansif Tıp skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,010$). Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yapan hekimlerde değişiklik yapmayan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Negatif Defansif Tıp skoru bulunmuştur. Pozitif Defansif Tıp skoru ile geçmişte uzmanlık alanı değişikliği sorusu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p=0,934$). Defansif Tıp skorları ile geçmişte uzmanlık alanı değişikliğine ilişkin soru arasındaki ilişki Tablo 79’da gösterilmiştir.

Tablo 79: Defansif Tıp skorları ile geçmişte uzmanlık alanı değişikliğine ilişkin soru arasındaki ilişki

	“Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptım.”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Pozitif Defansif Tıp	554	24,06	9,35	24,00	30	23,87	9,36	24,50
Negatif Defansif Tıp	552	10,56	6,10	10,00	30	13,50	5,84	14,00

Çalışmaya katılan hekimlerin %10,4’ü (n:61) dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanını değiştirmeyi düşündüğünü belirtirken, %89,6’sı (n:524) düşünmediğini belirtmiştir (Şekil 23).



Şekil 23: “Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanı değiştirmeyi düşünüyorum.” sorusuna verilen cevapların oranı

Tükenmişlik alt grupları ile şu an uzmanlık alanı değişikliği düşünülmesine ilişkin soru kıyaslandığında; şu an uzmanlık alanı değişikliğinin düşünülmesi ile Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$). Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanını değiştirmeyi düşünen hekimlerde, değişiklik düşünmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skoru bulunmuştur. Kişisel Başarı skoru ile şu an uzmanlık alanı değişikliğinin düşünülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,051$). Tükenmişlik alt grupları ile şu an uzmanlık alanı değişikliğinin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki Tablo 80’de gösterilmiştir.

Tablo 80: Tükenmişlik alt grupları ile şu an uzmanlık alanı değişikliğinin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki

	“Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanı değiştirmeyi düşünüyorum.”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Duygusal Tükenme	521	17,86	6,54	18,00	61	23,84	6,05	24,00
Duyarsızlaşma	522	7,82	3,55	8,00	60	9,73	3,63	10,00
Kişisel Başarı	519	19,49	3,99	19,00	61	18,33	4,04	19,00

Defansif Tıp skorları ile şu an uzmanlık alanı değişikliği düşünülmesine ilişkin soru kıyaslandığında; şu an uzmanlık alanı değişikliğinin düşünülmesi ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$). Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanını değiştirmeyi düşünen hekimlerde, değişiklik düşünmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları bulunmuştur. Defansif Tıp skorları ile şu an uzmanlık alanı değişikliğinin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki Tablo 81’de gösterilmiştir.

Tablo 81: Defansif Tıp skorları ile şu an uzmanlık alanı değişikliğinin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki

	“Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanı değiştirmeyi düşünüyorum.”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Pozitif Defansif Tıp	521	23,18	8,91	23,00	61	31,66	9,55	32,00
Negatif Defansif Tıp	519	10,30	6,00	10,00	60	14,10	6,00	13,50

Çalışmaya katılan hekimlerin %17,6’sı (n:103) dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleği bırakmayı veya erken emekliliği düşündüğünü belirtirken, %82,4’ü (n:482) düşünmediğini belirtmiştir (Şekil 24).



Şekil 24: “Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleği bırakmayı veya erken emekliliği düşünüyorum.” sorusuna verilen cevapların oranı

Tükenmişlik alt grupları ile şu an mesleğin bırakılması veya erken emekliliğin düşünülmesine ilişkin soru kıyaslandığında; şu an mesleğin bırakılması veya erken emekliliğin düşünülmesi ile tükenmişlik alt grupları (Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma, Kişisel Başarı) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,001$). Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleği bırakmayı veya erken emekliliği düşünen hekimlerde, değişiklik düşünmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skoru ile anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı skoru bulunmuştur. Tükenmişlik alt grupları ile şu an mesleği bırakılması veya erken emekliliğin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki Tablo 82’de gösterilmiştir.

Tablo 82: Tükenmişlik alt grupları ile şu an mesleği bırakılması veya erken emekliliğin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki

	“Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleği bırakmayı veya erken emekliliği düşünüyorum.”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Duygusal Tükenme	479	17,22	6,29	17,00	103	24,36	5,57	24,00
Duyarsızlaşma	479	7,59	3,45	8,00	103	10,00	3,60	10,00
Kişisel Başarı	479	19,63	4,00	20,00	101	18,14	3,88	18,00

Defansif Tıp skorları ile şu an mesleğin bırakılması veya erken emekliliğin düşünülmesine ilişkin soru kıyaslandığında; şu an mesleğin bırakılması veya erken emekliliğin düşünülmesi ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,000$, $p=0,000$). Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleği bırakmayı veya erken emekliliği düşünen hekimlerde, değişiklik düşünmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları bulunmuştur. Defansif Tıp skorları ile şu an mesleği bırakılması veya erken emekliliğin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki Tablo 83’de gösterilmiştir.

Tablo 83: Defansif Tıp skorları ile şu an mesleği bırakılması veya erken emekliliğin düşünülmesine ilişkin soru arasındaki ilişki

	“Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleği bırakmayı veya erken emekliliği düşünüyorum.”							
	Hayır				Evet			
	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca
Pozitif Defansif Tıp	479	22,75	8,99	23,00	103	30,37	8,50	31,00
Negatif Defansif Tıp	478	9,98	5,87	10,00	101	14,25	6,06	14,00

Tükenmişlik alt grupları ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorlarının korelasyon analizinde; Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları ile Pozitif ve Negatif Tükenme skorları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki mevcut iken, Kişisel Başarı skoru ile Pozitif ve Negatif Tükenme skorları arasında negatif yönde anlamlı ilişki görülmüştür. Ayrıca Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki görülmüştür (Tablo 84).

Tablo 84: Tükenmişlik alt grupları ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorları arasındaki korelasyon analizi

Spearman's rho		DT	DY	KB	PDT	NDT
Duygusal Tükenme	Correlation Coefficient	1,000	,596**	-,298**	,319**	,219**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000
	N	588	585	584	582	580
Duyarsızlaşma	Correlation Coefficient	,596**	1,000	-,364**	,342**	,227**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000
	N	585	589	584	582	579
Kişisel Başarı	Correlation Coefficient	-,298**	-,364**	1,000	-,138**	-,184**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,001	,000
	N	584	584	587	581	579
Pozitif Defansif Tıp	Correlation Coefficient	,319**	,342**	-,138**	1,000	,557**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	.	,000
	N	582	582	581	585	580
Negatif Defansif Tıp	Correlation Coefficient	,219**	,227**	-,184**	,557**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.
	N	580	579	579	580	582

5. TARTIŞMA

Tükenmişlik, sıklıkla insanlarla yoğun ilişki gerektiren mesleklerde çalışanları tehdit eden bir sendrom olup baş edilemeyen stresin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır [5]. Sürekli olarak hastaların ihtiyaçlarına karşılık veren, yaşamlarının en hassas yanlarıyla karşı karşıya kalan, her daim hasta ve hasta yakınlarının beklentilerine cevap vermesi beklenen sağlık çalışanları yoğun stresle ve stresin doğurduğu sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Tükenmişlik, hekimlerde sağlık sorunlarına yol açmasının yanı sıra hekim-hasta ilişkisinin zedelenmesine ve bazen hastaların tedavi sonuçlarının etkilenmesine neden olabilmekte ve tıbbi uygulama hatası (malpraktis) iddiasıyla dava açılma riskini arttırabilmektedir [1, 7].

Sağlık sisteminde yaşanan sorunlar; tıbbi uygulama hatalarına ve beraberinde ceza ve hukuk davalarının sayısının giderek artmasına yol açmaktadır [11]. Bunun neticesinde ise defansif tıp uygulamalarında da artışa neden olmaktadır [155]. Defansif tıp tanımı genel olarak; hekimlerin hatalı tıbbi uygulamadan doğacak cezai ve hukuki sorumluluk çekincesiyle, kendini korumak amaçlı, gerekli olmadığı halde tetkik ve işlem yapılmasını ya da riski yüksek olan hastalara bakmaktan kaçınmayı içermektedir. Defansif tıp uygulamaları sağlık sektörüne ciddi miktarda finansal yük getirmesinin yanında, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik ve kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir [113]. Öte yandan defansif tıp uygulaması hekimin bilinçli ve tercihli bir eylemi olması nedeniyle, kaçınma davranışı göstererek yapmadığı ya da eksik yaptığı tıbbi uygulamalar kasıtlı bir eylem olarak değerlendirilip daha ciddi hukuki problemlerle karşılaşmasına yol açabilmektedir [85].

Ülkemizde ve yurtdışında yayınlanmış literatürde; sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri, tıbbi uygulama hataları ve defansif tıp uygulamalarına ilişkin ayrı ayrı yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada bir bütünsellik arz eden; tükenmişlik düzeyi, tıbbi uygulama hatası ve defansif tıp uygulamalarının birbirleri ile bağlantısı ve sonuçları irdelenerek çözüm yolları tartışılmıştır. Çalışma evreni olarak üniversite ve eğitim araştırma hastanesinde görev yapan tüm hekimler seçilmiştir.

Çalışmaya katılan 592 hekimin demografik verilerine bakıldığında; %47,6'sının erkek, %52,4'ünün kadın, %43,6'sının evli, %56,4'ünün bekar olduğu, hekimlerin %72,8'inin çocuğunun olmadığı, %27,2'sinin olduğu, yaş ortalamasının $31,4 \pm 8,4$, ortalama çalışma

süresinin $7\pm 8,5$ yıl, bulundukları uzmanlık dalında ortalama çalışma süresinin $4,8\pm 6,9$ yıl olduğu, hekimlerin %45,6'sının üniversite hastanesinde, %54,4'ünün eğitim araştırma hastanesinde çalıştığı, %55,4'ünün dahili bilimlerde, %42,8'inin cerrahi bilimlerde, %1,9'unun temel bilimlerde görev yaptığı, hekimlerin %73,5'inin asistan hekim, %20,4'ünün uzman hekim, %1,5'inin uzman öğretim üyesi, %2,5'inin doçent, %2'sinin profesör olduğu belirlenmiştir (Şekil 1-7).

Çalışmaya katılan hekimlerin tükenmişlik düzeylerini saptamak için Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğe göre alınan sonuçların tükenmişlik alt boyutları incelendiğinde; ortalama Duygusal Tükenme (DT) skoru $18,5 \pm 6,7$, Duyarsızlaşma (DY) skoru $8\pm 3,5$, Kişisel Başarı (KB) skoru $19,4\pm 4$ bulunmuştur. Literatür incelendiğinde; tıp fakültesi hastanesinde çalışan hekimlerde DT puanı $18,46 \pm 7,08$, DY puanı $7,11 \pm 3,82$ ve KB puanı $20,62 \pm 4,84$ olarak saptanmıştır [156]. Diğer bir çalışmada ise, DT puanı $16,45 \pm 7,80$, DY puanı $6,28 \pm 3,93$ ve KB puanı $20,36 \pm 4,63$ olarak bildirilmiştir [157]. 2013 yılında aile hekimleri ile yapılan bir başka çalışmada ortalama DT puanı $16,1 \pm 7,2$, DY puanı $4,3 \pm 3,2$ ve KB puanı $21,0 \pm 3,7$ bulunmuştur [158]. Tabip Odalarına kayıtlı olan hekimler arasında yapılan çalışmada ise; DT puanı $15,48 \pm 6,7$, DY puanı $5,51 \pm 3,51$ ve KB puanı $22,06 \pm 4,05$ olarak saptanmıştır [20]. Bu sonuçlar bizim sonuçlarımızla karşılaştırıldığında, önemli düzeyde bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamaları ile ilgili tutumlarını saptamak için ise pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına ilişkin anket soruları değerlendirilmiştir. Değerlendirme neticesinde; Pozitif Defansif Tıp (PDT) skor ortalaması $24 \pm 9,3$, Negatif Defansif Tıp (NDT) skor ortalaması $10,7\pm 6,1$ bulunmuştur. Ayrıca defansif tıp uygulamalarına ilişkin anket sorularının güvenilirlik analizi yapılmış olup, anketin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur. Cronbach alfa değerleri Defansif Tıp Uygulaması için 0,928, Pozitif Defansif Tıp Uygulaması için 0,916, Negatif Defansif Tıp Uygulaması için 0,886 bulunmuştur. Sonuçlarımızla benzer şekilde, Başer ve arkadaşları tarafından geliştirilen Defansif Tıp Uygulaması Tutum Ölçeğinde Cronbach alfa değerleri Defansif Tıp Uygulaması için 0,853, Pozitif Defansif Tıp için 0,685 ve Negatif Defansif Tıp için 0,918 olarak belirtilmiştir [159].

Tüm pozitif ve negatif defansif tıp soruları değerlendirildiğinde; çalışmamıza katılan hekimlerin %98,5'inin az ya da çok pozitif defansif tıp uyguladığı, %94,7'si az ya da çok negatif defansif tıp uyguladığı, %99,3'ü de az ya da çok defansif tıp (pozitif ve negatif defansif tıp toplamı) uyguladığı görülmüştür (Şekil 20). Literatür incelendiğinde; Selçuk'un tez çalışmasında bir eğitim araştırma hastanesinde görevli hekimlerin %86,5'inin pozitif defansif tıp, %81,6'sının negatif defansif tıp uygulaması sorularına evet yanıtı verdiği, pozitif ve negatif defansif uygulaması ile doğrudan ilgili 13 sorunun tümüne hayır diyen hekim çıkmadığı saptanmıştır [160]. Aynacı tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise defansif tıbbi az veya çok uyguladıklarını bildirenlerin ortalaması tüm defansif tıp uygulamalarını için %78,38, pozitif defansif tıp uygulamaları için %79,74 ve negatif defansif tıp uygulamalarını için %75,66 bulunmuştur [85]. Summerton'un çalışmasında hekimlerin %98'inin dava edilmemek için hekimlik uygulamaları sırasında defansif tutum sergilediği belirtilmiştir [14]. Çalışmamızda saptadığımız hekimler arasındaki defansif tıp uygulama oranları Türkiye'de yapılan çalışmalara kıyasla yüksek bulunurken, yabancı çalışmalarla kıyaslandığında benzer oranlar görülmüştür.

Demografik verilere göre hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve defansif tıp tutumları incelendiğinde; cinsiyet ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik alt grupları ile cinsiyet kıyaslamasında; kadınlarda erkeklere göre Kişisel Başarı hissi anlamlı düzeyde daha düşük görülmüştür (Tablo 5). Bu da kadınlarda erkeklere oranla daha fazla tükenmişlik olduğuna işaret etmektedir. Literatür incelendiğinde; bazı çalışmalarda kadınlarda erkeklere oranla daha fazla tükenmişlik görülürken [48, 161-163], bazılarında da kadın ile erkek arasında tükenmişlik oranları açısından genel bir farklılık bulunmamaktadır. [20, 156, 164, 165]. Cinsiyet ile defansif tıp skorlarının kıyaslamasında ise; hem pozitif hem de negatif defansif tıp skorları erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuş olup, bu yüksekliğin pozitif defansif tıp skorunda anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 57). Benzer şekilde Göçen ve arkadaşlarının çalışmasında; erkeklerin, pozitif, negatif ve toplam defansif puan ortalamaları, kadınların aldıkları puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır [134]. Aynacı'nın yaptığı çalışmada da, erkeklerin kadınlara göre daha fazla defansif tıp uyguladıkları belirtilmiştir [85]. Çalışmamızdan farklı şekilde Moosazadeh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların, erkeklere göre daha fazla

negatif defansif tıp uyguladığı [166], diğer bazı çalışmalarda ise cinsiyet ile defansif tıp uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür [167-169].

Demografik verilerden yaş parametresi ile hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve defansif tıp tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile tükenmişlik skorları arasında anlamlı ilişki bulunurken, defansif tıp ile arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürde; incelenen tüm demografik değişkenler içinde tükenmişlikle en tutarlı şekilde ilişkili olan parametrenin yaş olduğu tespit edilmiş ve genç çalışanlar arasında tükenmişlik seviyesinin 30 veya 40 yaşın üzerindeki kişilerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir [28, 32]. Değerlendirmemizde de; hekimlerin tükenmişlik alt grupları ile yaş kıyaslamasında; 20’li yaşlardaki hekimlerde 30 yaş üzerindeki hekimlere göre anlamlı düzeyde yüksek Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma ile anlamlı düzeyde düşük Kişisel Başarı skorları görülmüştür (Tablo 6-8). Çalışmamız bu haliyle yaş arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azaldığını belirten çalışmalarla uyumluluk göstermektedir [20, 23, 156, 170]. Bu sonuç; genç ve tecrübesiz çalışanların işlerinin gerektirdikleri ile mücadele etmeyi yeterince bilememeleri, tükenmişliğe karşı dayanıksız olmaları ve zamanla stresli durumlar ile nasıl baş edeceklerini öğreniyor olmaları ile açıklanmaktadır [39]. Çalışmamızda, literatürdeki bazı çalışmalarla uyumlu şekilde yaş ile defansif tıp düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken [134, 169], birçok çalışmada genç hekimlerin defansif tıp uygulama düzeylerinin ileri yaşlardaki hekimlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür [126, 167]. Catino’ya göre genç hekimlerin daha fazla defansif tıp uygulamasının nedeni olarak mesleki tecrübe eksikliği gösterilmiştir [148].

Demografik verilerden medeni durum ile hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve defansif tıp tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde; medeni durum ile tükenmişlik skorları arasında anlamlı ilişki bulunurken, defansif tıp ile arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda medeni durumla ilgili olarak, evli olmayanların evli olanlarla karşılaştırıldığında tükenmişliğe daha eğilimli olduğu görülmektedir [3, 28, 32]. Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde bekarlarda evlilere göre Kişisel Başarı hissinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 9). Bu sonuç bekarların evlilere göre daha fazla tükendiğini göstermektedir. Çalışmalarda tükenmişlik belirtilerinin evlilerde daha az görülmesi, eşlerin birbirlerine destek olarak tükenmişlik yaşama riskini azaltması ve evliliğin kişilerarası ilişkiler ve stresle başa çıkma deneyimi kazandırması ile ilişkilendirilmiştir [48].

Demografik verilerden çocuk varlığı ile hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve defansif tıp tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde; çocuk varlığı ile tükenmişlik skorları arasında anlamlı ilişki bulunurken, defansif tıp ile arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Tükenmişlik alt grupları ile çocuk varlığı kıyaslamasında; çocuk sahibi olmayan hekimlerde olanlara göre Duyarsızlaşma anlamlı düzeyde daha yüksekken, Kişisel Başarı hissi anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur (Tablo 10). Literatür ile uyumlu olan bu sonuç; çocuk sahibi olmayanların daha fazla tükendiğini göstermektedir [156, 171]. Goodfellow ve arkadaşlarının çalışmasında da evlilerde ve çocuk sahibi olanlarda tükenmenin daha az olduğu saptanmış ve çocuğun iş yaşamına karşı sosyal bir destek olduğu ileri sürülmüştür [172].

Hekimlikte ve mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süreler ile hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve defansif tıp tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde; hekimlikte ve mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam süreler ile tükenmişlik skorları arasında anlamlı ilişki bulunurken, defansif tıp ile aralarında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Tükenmişlik alt grupları ile hekimlikte ve mevcut uzmanlık dalında geçirilen toplam sürenin kıyaslamasında; hekimlikte 10 yıldan az, mevcut uzmanlık dalında da 5 yıldan az süredir çalışan hekimlerde, daha uzun süredir çalışan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma ile düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür ve mesleki tecrübesi az olan hekimlerin daha fazla tükendiği kanaatine varılmıştır (Tablo 11-13, Tablo 18-20). Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde çalışma yılı arttıkça tükenmişlik skorlarının azaldığı görülmüştür [28]. Genel cerrahlar ile yapılan bir çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde çalışma yılı arttıkça tükenmişlik sendromunun azaldığı belirtilmiştir [51]. Yine Erol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada meslekte geçirilen süre ile tükenmişlik düzeyleri arasında ters ilişki olduğu belirtilmiştir [23]. Bu durum hekimlerin zamanla mesleki tecrübesinin artması ve mesleklerini daha rahat sürdürmeleri ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışılan kurum ile hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve defansif tıp tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde; çalışılan kurum ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik alt grupları ile çalışılan kurum kıyaslamasında; eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekimlerde üniversite hastanesinde çalışan hekimlere göre Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 14). Eğitim araştırma hastanelerinde çalışan hekimlerdeki yüksek

tükenmişlik düzeyleri; eğitim araştırma hastanelerinde artmış iş yüküne karşın daha az akademik motivasyon olmasıyla ilişkilendirilebilir. Çalışmamızdan farklı olarak Girgin ve arkadaşlarının Bursa’da yaptığı çalışmada katılımcıların çalıştıkları kurumun tükenme üstünde etkili olmadığı saptanırken [173], Beyhan’ın çalışmasında ise özel hastanede çalışan anesteziistlerin, devlet hastanesi ve üniversite hastanesinde çalışan anesteziistlere göre kişisel başarılarının olumlu yönde etkilendiği görülmüş ve bu durum çalışma koşulları, fiziki ortamın daha uygun olması, elde edilen gelirin nispeten daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiştir [174]. Defansif Tıp skorları ile çalışılan kurum kıyaslamasında ise; eğitim araştırma hastanesinde çalışan hekimlerde üniversite hastanesinde çalışan hekimlere göre hem pozitif hem de negatif defansif tıp uygulamaları daha yüksek görülmüş olup bu yüksekliğin Pozitif Defansif Tıp skorunda anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 62). Aynacı’nın çalışmasında da; Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin özel hastane ve üniversite hastanesinde çalışan hekimlere göre hata yapmaktan daha fazla çekindikleri ve bu gruptaki hekimlerin negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını daha fazla gerçekleştirdikleri belirtilmiştir. Bu çalışmada ayrıca üniversite hastanesi hekimlerinin negatif defansif tıp uygulamalarının tamamını, özel hastane ve sağlık bakanlığı bünyesindeki kamu hastanesi hekimlerinden çok daha az gerçekleştirdikleri belirtilmiş ve bu durum, üniversite hastanelerinin son basamak sağlık kuruluşu olması ile açıklanmıştır [85].

Demografik verilerden uzmanlık dalları ile hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve defansif tıp tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde; uzmanlık dalları ile tükenmişlik skorları arasında anlamlı ilişki bulunurken, defansif tıp ile arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Tükenmişlik alt grupları ile uzmanlık dallarının kıyaslamasında; dahili ve cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerde temel bilimlerde çalışan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Duyarsızlaşma görülürken, dahili bilimlerde çalışan hekimlerde cerrahi bilimlerdeki hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı hissi görülmüştür (Tablo 15-17). Bu haliyle dahili ve cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin temel bilimlerde çalışan hekimlere göre daha fazla tükendiği, her üç uzmanlık dalı arasında en fazla tükenmişlik yaşayan grubun ise dahili bilimlerdeki hekimler olduğu görülmüştür. Bu durum; cerrahi branşlarda dahili branşlara göre daha gözle görülür sonuçlar elde edilmesi ve iş tatmininin fazla olması ile ilişkilendirilmiştir. Yapılan bir çalışmada ise; cerrahi bölümlerde çalışanların DT ölçeğinde hem dahili bölümlerde, hem de temel bölümlerde çalışanlara göre daha yüksek puan aldıkları

belirtilmiştir [156]. Çalışmamızda uzmanlık dalları ile defansif tıp tutumları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin pozitif defansif tıp uygulamalarına diğer bölümlere kıyasla daha fazla başvurdukları görülmüştür (Tablo 63). Literatürde de çalışmamızla benzer sonuçlar görülmüştür. Aynacı'nın çalışmasında cerrahi tıp bilimlerinde çalışan hekimlerin, dahili tıp bilimlerinde çalışan hekimlerine göre; negatif ve pozitif tıp uygulamalarının tamamını daha fazla gerçekleştirdikleri belirtilmiştir [85]. Asher ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada cerrahi bilimlerdeki hekimler anlamlı derecede daha fazla defansif tıp uygularken [128], O'leary ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, pozitif defansif tıp oranları açısından, dahili ve cerrahi tıp bilimleri arasında fark görülmemiş, negatif defansif tıp düzeyi cerrahi tıp bilimlerinde anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır [175].

Demografik verilerden unvanlar ile hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve defansif tıp tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde; unvanlar ile tükenmişlik skorları arasında anlamlı ilişki bulunurken defansif tıp ile arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda asistan hekimlerin diğer unvanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla tükendikleri görülmüştür. Bununla birlikte uzman hekimlerde de profesörlere göre tükenmişlik sendromunun Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı alt gruplarının anlamlı düzeyde tükenmişlik yönünde etkilendiği görülmüştür (Tablo 21-23). Bu haliyle akademik unvan arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Çalışmamızda saptadığımız bu durum; hekimlikte geçen süre arttıkça deneyimin artması, iş yükü ve hiyerarşik baskının azalması ve çalışma süresinde daha esnek olunması ile ilişkilendirilmiştir. Literatür incelendiğinde; yapılan çalışmalarda çalışmamızla benzer şekilde asistan hekimlerde diğer unvanlara göre tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür [156, 157]. Çalışmamızda; unvanlar arası defansif tıp uygulamasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte unvanda yükselme oldukça hem pozitif hem de negatif defansif tıp skorlarında azalma görülmüş olup (Tablo 65-66), bu sonuç deneyimi yüksek olan hekimlerin tıbbi uygulamalar sırasında korunma davranışlarına daha az ihtiyaç duymaları ile ilişkilendirilmiştir. Aynacı'nın çalışmasında ise; uzman hekimlerin, pratisyen ve öğretim üyesi hekimlere göre; negatif defansif tıp uygulamalarını daha fazla gerçekleştirdiklerini belirtilmiş ve bu durum uzman hekimlerin malpraktis dava tehdidinden ve yeni yasal düzenlemelerden daha fazla tedirgin olmaları ile açıklanmıştır [85].

Demografik verilerden haftalık çalışma saatleri ve aylık nöbet sayıları incelendiğinde; hekimlerin yaklaşık yarısının 60 saat üzerinde çalıştığı (%46,8) ve aylık ortalama 6-10

arasında nöbet tuttuğu (%46,6) görülmüştür (Şekil 6-7). Çalışmamıza katılan hekimlerin haftalık çalışma saatleri ve aylık ortalama nöbet sayıları ile tükenmişlik düzeyleri ve defansif tıp tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde; haftalık çalışma saati ve aylık ortalama nöbet sayısı ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre haftalık çalışma saati 60 saatten fazla olan hekimlerin 50 saat altında çalışan hekimlere oranla, nöbetli bölümlerde çalışan hekimlerin de nöbet tutmayan hekimlere oranla anlamlı düzeyde daha fazla tükendikleri görülmüştür (Tablo 24-26, Tablo 27-29). Literatür incelendiğinde; çalışmamızla benzer şekilde uzun çalışma saatleri ve artmış iş yükünün tükenmişlik sendromuna neden olduğunu belirten sonuçlara ulaşılmıştır [24, 28, 176]. Defansif Tıp skorları ile haftalık çalışma saati ve aylık ortalama nöbet sayıları kıyaslandığında; haftalık ortalama 40 saatten az çalışan ve nöbet tutmayan hekimlerde; 50 saatten fazla çalışan ve nöbet tutan hekimlere göre, Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Tablo 67-68). Bu durum 40 saat altı çalışan ve nöbet tutmayan hekimlerin yüksek unvandaki ya da daha az riskli bölümlerdeki hekimler olması ve bu hekimlerin daha az defansif tıp uygulamaları ile ilişkilendirilmiştir. Tıpta uzmanlık öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da ayda 8 ve daha fazla nöbet tutanlarda defansif tıp uygulamalarının istatistiki olarak anlamlı düzeyde arttığı belirtilmiştir [134].

Çalışmamızda hekimlerin hekimlik mesleğini seçme nedenleri incelenmiş olup hekimlerin %77,5'inin kendi isteği ile, %18,6'sının aile önerisi ile, %3,9'unun da diğer nedenlerle seçtiği görülmüştür (Şekil 8). Hekimlerin şu anki branşını seçme nedenleri incelendiğinde ise; %30,8'inin ilgilendikleri ve sevdikleri bölüm olması nedeniyle, %26,7'sinin TUS puanına göre tercih yapma zorunluluğu nedeniyle, %14,6'sının nöbetsiz oluşu nedeniyle, %10,1'inin prestijli oluşu nedeniyle, %2,1'inin yüksek maaşlı oluşu nedeniyle ve %15,8'inin de diğer nedenlerle seçtiği görülmüştür (Şekil 9). Hekimlerin hekimlik mesleği ve şu anki branşını seçme nedenleri ile tükenmişlik skorları kıyaslandığında; aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik alt grupları ile hekimlik mesleğini ve şu anki branşını seçme nedenleri kıyaslamasında; hekimlik mesleğini kendi isteği ile seçen hekimlerin ailesinin önerisi ile seçenlere göre daha az tükendikleri görülürken, şu anki branşını TUS puanına göre seçen hekimlerin diğer nedenlerle seçen hekimlere göre daha fazla tükendikleri görülmüştür (Tablo 30-32). Çalışmamızda ayrıca tüm gruplar arasında en yüksek Kişisel Başarı skorlarına sahip olan hekimlerin şu anki mesleğini sevdiği ve ilgilendiği için seçen hekimler olduğu

görülmüş olup bu sonuçlar literatür ile de uyumlu bulunmuştur (Tablo 34). Bir çalışmada meslek seçimini isteyerek yapanlarda tükenmişlik düzeyleri anlamlı derecede düşük olduğu görülmüş ve bu durum mesleğini isteyerek seçenlerin mesleklerine olan ilgisi ve sevgisinin daha yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir [157]. Yapılan bir başka çalışmada meslek seçimini kendi isteğiyle yapanlarda, ailesel yönlendirme veya tesadüfen meslek seçimi yapanlara göre tükenmişlik skorlarında daha olumlu bir tablo saptanmıştır [177]. Beyhan'ın çalışmasında ise; kendi isteğiyle meslek seçimi yapan hekimlerde Kişisel Başarı daha yüksek, rastlantısal olarak gelenlerde ise Duyarsızlaşma ve Duygusal Tükenme puanları daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasında bir fark saptanmamıştır [174]. Hekimlerin hekimlik mesleği ve şu anki branşını seçme nedenleri ile defansif tıp tutumları kıyaslandığında; hekimlik mesleğini seçme nedenleri ile defansif tıp skorları arasında anlamlılık bulunmazken, şu anki branşını seçme nedenleri ile defansif tıp skorları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Şu anki branşını TUS puanına göre seçen hekimlerin şu anki branşını sevdiği ve ilgilendiği için seçen hekimlere göre anlamlı düzeyde yüksek pozitif ve negatif defansif tıp uyguladığı görülmüştür (Tablo 70).

Çalışmamızda hekimlerin mevcut çalışma şartlarından memnun olup olmadıkları değerlendirildiğinde; hekimlerin %35,8'i mevcut çalışma şartlarından memnun olmadığını belirtirken, %51,2'si kısmen memnun olduğunu, %13'ü de memnun olduğunu belirtmiştir (Şekil 10). Mevcut çalışma şartlarından memnuniyet ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları kıyaslandığında; aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik alt grupları ile mevcut çalışma şartlarından memnuniyet kıyaslamasında; çalışma şartlarından memnun olmayan hekimlerde anlamlı düzeyde yüksek Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma puanları ile anlamlı düzeyde düşük Kişisel Başarı puanı görülmüştür (Tablo 35-37). En yüksek Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma puanları mevcut çalışma şartlarından memnun olmayan hekimlerde görülürken, en düşük puanlar ise memnun olanlarda görülmüştür. Çalışma şartlarından memnuniyet arttıkça tükenmişlik oranları da azalmıştır. Havle ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuş ve hekimlerin gelecek hakkındaki kötümser düşünceleri tükenmişlik sendromuyla ilişkilendirmiştir [31]. Defansif Tıp skorları ile mevcut çalışma şartlarından memnuniyet kıyaslandığında; mevcut çalışma şartlarından memnun olmayan hekimlerin diğer hekimlere göre hem pozitif hem de negatif

defansif tıp skorları daha yüksek görülmüş olup bu yüksekliğin pozitif defansif tıp skorunda anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 71).

Çalışmamızda hekimlerin malpraktis konusunda ne sıklıkta hizmet içi eğitim aldığı değerlendirildiğinde; çalışmaya katılan hekimlerin %18,4'ü hiçbir zaman tıbbi uygulama hataları ve önlemlere ilişkin hizmet içi eğitim almadığını belirtirken %81,6'sı eğitim aldığını belirtmiştir (Şekil 11). Yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak; hekimlerin yaklaşık % 80'inin meslekleri ile ilgili hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin herhangi bir eğitim almadıklarını; alan %20'nin de sadece %3,5'inin aldıkları eğitimi yeterli bulduklarını belirtilmiştir [178]. Tıbbi uygulama hataları ve önlemlere ilişkin hizmet içi eğitim alınması ile tıbbi uygulama hatası yapılma oranları karşılaştırıldığında ise; hizmet içi eğitim alınması ile tıbbi uygulama hatası yapılması arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Tablo 53).

Çalışmamızda aynı zamanda hekimlerin hata yapmaktan ne derece endişe duydukları değerlendirilmiş olup, çalışmaya katılan hekimlerin sadece %0,7'sinin tıbbi uygulama hatası yapmaktan hiçbir zaman endişe duymadığı, %50,7'sinin çok nadir ya da bazen, %48,6'sının da çoğu zaman ya da her zaman endişe duyduğu görülmüştür (Şekil 11). Aynacı'nın çalışmasında da bizim çalışmamızla benzer şekilde; "Tıbbi hata yapmaktan çekindiğiniz oluyor mu?" sorusuna hekimlerin %46,59'u her zaman ve çoğu zaman, %49,34'ü bazen ve nadiren yanıtını verirken %4,07'si hiçbir zaman yanıtını vermişlerdir [85]. Ayrıca çalışmamızda tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelenme sıklıkları ile tıbbi uygulama hatası yapılması arasında anlamlılık görülmüştür (Tablo 54). "Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz oluyor mu?" sorusu ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik alt gruplarına bakıldığında; tıbbi uygulama hatalarından çoğu zaman ve her zaman endişelendiğini belirten hekimlerin diğer hekimlere göre anlamlı düzeyde daha fazla tükendiği görülmüştür (Tablo 38-40). Defansif tıp uygulamalarına bakıldığında; tıbbi uygulama hatalarından çoğu zaman ve her zaman endişelendiğini belirten hekimlerin diğer hekimlere göre anlamlı düzeyde daha fazla pozitif ve negatif defansif tıp uyguladığı görülmüştür (Tablo 75). Literatürde çalışmamızla benzer şekilde tıbbi hata yapmaktan çekindiğini belirten hekimlerin çekinmediğini belirtenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla negatif defansif tıp uygulamalarına başvurduğu belirtilmiştir [85].

Literatür incelendiğinde tıbbi uygulama hatalarının çok sık olduğu belirtilmekle birlikte Türkiye’de ve dünyada ne sıklıkta tıbbi uygulama hatası yapıldığı bilinmemektedir. Ancak tıbbi uygulama hatalarının ABD’deki üçüncü en sık ölüm nedeni olduğunu belirten bir çalışma durumun ciddiyetini ortaya koymaktadır [75]. Çalışmamızda hekimler arasında tıbbi uygulama hatası yapılma oranlarının belirlenmesi amacıyla çalışmaya katılan hekimlere meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yapıp yapmadığı sorulmuştur. Hekimlerin %46,5’i meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yaptığını belirtirken, %53,5’i tıbbi uygulama hatası yapmadığını belirtmiştir (Şekil 14). Ardından hekimlere hata yapmaları halinde hatayı diğer sağlık personeli, hastane yönetimi, hasta ve hasta yakınları ile ne sıklıkta paylaştıkları sorulmuştur. Hekimlerin %1,9’u tıbbi uygulamalar sırasında herhangi bir hata yapması durumunda hata ve sonuçlarını diğer sağlık personeli ile hiçbir zaman paylaşmadığını belirtirken, %64,4’ü çoğu zaman ya da her zaman paylaştığını belirtmiştir (Şekil 12). Hekimlerin %17,6’sı tıbbi uygulamalar sırasında herhangi bir hata yapması durumunda hata ve sonuçlarını hastane yönetimi ile hiçbir zaman paylaşmadığını belirtirken, %26,6’sı çoğu zaman ya da her zaman paylaştığını belirtmiştir (Şekil 12). Hekimlerin %13,5’i tıbbi uygulamalar sırasında herhangi bir hata yapması durumunda hata ve sonuçlarını hasta ve hasta yakınları ile hiçbir zaman paylaşmadığını belirtirken, %29,3’ü çoğu zaman ya da her zaman paylaştığını belirtmiştir (Şekil 12). Bu haliyle hekimlerin yaklaşık yarısının meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yaptığı, büyük bir kısmının hata yapması halinde meslektaşları ile bu hatayı paylaştığı, ancak hastane yönetimi, hasta ve hasta yakınları ile paylaşma konusunda daha az istekli oldukları görülmektedir. Literatür incelendiğinde; Dedeoğlu’nun çalışmasında tıbbi uygulama hatalarının kimlerle paylaşılması gerektiği sorulmuş ve hekimlerin %22,8’i hastane yönetimi, %17,6’sı meslektaşlar, %15,7’si hasta ve hasta yakınları, %36,1’i bölüm sorumlusu ile paylaşılması gerektiği cevabını verirken, %4,7’si ise kimseyle paylaşılmaması gerektiğini belirtmiştir [178]. Tıbbi uygulama hataları genellikle dikkatsizlik, özensizlik ve bilgi eksikliğinden kaynaklanmış olup TCK’da taksirli suçlar kapsamında değerlendirilmektedir. Ancak hekimin yaptığı hatayı saklaması ve bu nedenle zararın büyümesi ya da yeni zararlar oluşması hatanın taksirli suçlar kapsamından çıkıp kasta girmesine neden olabilir. Bu nedenle hekimlerin tıbbi uygulama hatası sonrası tutumları da oldukça önem kazanmaktadır. Ayrıca çalışmaya katılan hekimlerin %63’ü yapılan hataların hastalara söylenmesinin kişilerin tıbbi ve hekimliğine güvenini çoğu zaman ve her zaman azaltacağını belirtmiştir (Şekil 13). Bu durum da hekimlerin yaptıkları hataları

hasta ve hasta yakınlarına söylemekten kaçınmalarını açıklamaktadır. Çalışmamızda ayrıca hekimlerin meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yapılması ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasındaki ilişki de değerlendirilmiş olup aralarında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Tükenmişlik alt grupları ile meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yapılmasına ilişkin cevapların kıyaslanmasında; meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yaptığını belirten hekimlerin yapmadığını belirtenlere göre Duyarsızlaşma skorlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 41). Bu sonuç tıbbi uygulama hatası yaptığını belirtenlerin yapmadığını belirtenlere oranla daha fazla tükendiklerini göstermektedir. Defansif Tıp skorları ile meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yapılması kıyaslandığında; meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası yaptığını belirten hekimlerde yapmadığını belirtenlere göre Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 72).

Literatürde tıbbi uygulama hatası nedenleri olarak; iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi hastane kaynaklı nedenler ile sosyal stres, sağlık problemleri, yorgunluk, dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi hekim kaynaklı nedenler sıralanmıştır [11, 56, 77, 94, 155]. Çalışmamızda hekimler hata yapmalarında etkili olan faktörleri sıraladıklarında en çok hata nedeni olarak olumsuz hastane koşullarını gösterirken, bunun dışında kendilerinden kaynaklı olumsuz durumları da sebep olarak göstermişlerdir. Çalışmaya katılan hekimlerin %87,4'ü tıbbi uygulama hatası yapmasında çalıştığı ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane koşullarının çoğu zaman ve her zaman etkili olduğunu belirtirken, %59,4'ü tıbbi uygulama hatası yapmasında; sosyal stres, sağlık problemleri, yorgunluk gibi kendine özgü olumsuz durumların, %18,9'u da tıbbi uygulama hatası yapmasında; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi kendisinden kaynaklı olumsuz durumların çoğu zaman ve her zaman etkili olduğunu belirtmiştir (Şekil 15).

Kocaeli ilinde 236 hekime ulaşılarak yapılan benzer bir çalışmada, katılımcı hekimlerin tıbbi uygulama hatalarını en çok etkileyen faktörün kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene ve tedavi etme baskısı olduğunu belirtmişlerdir. Hekimler ikinci olarak yoğun çalışma ve iş yükünden kaynaklı olarak bitkinlik, yorgunluk ve motivasyonsuzluğun tıbbi uygulama hatalarını tetiklediğini ifade etmişlerdir. Ayrıca hekimlerin özeleştiri çerçevesinde hekimin tıp

ve kendi uzmanlık alanındaki bilgi yetersizliği ve eksikliğini belirtmeleri de dikkate değerdir [179]. Başka bir çalışmada da; hekimlere tıbbi hatalarının en sık nedenlerinin ne olduğu sorulmuş ve yapılan hatalı tıbbi müdahalelerin en sık nedenleri; çok sayıda hasta bakımı (% 65,5), verilen tıp eğitimin yetersizliği (%14,1) ve mesleki ve kişisel yetersizlikler (%11,8) olarak sıralanmıştır [178].

Hekim mesleki sorumluluk sigortası; mesleki faaliyetler icra edilirken oluşan ve hizmet alan kişiyi zarara uğratan uygulama hataları, özen eksikliği veya ihmal nedeniyle meydana gelen zarar neticesinde ödenmesi gereken tazminata yönelik sigortalama işlemidir [111]. Malpraktis iddiası ile açılan davalar incelendiğinde; özellikle ölümle sonuçlanan malpraktis olgularında hekimin hapis cezası aldığı görülmüştür. Dolayısıyla tıbbi malpraktis sigortasının ceza hukuku açısından hiçbir koruyuculuğu olmadığı ve bu nedenle de hekimleri rahat hissetmediği belirtilmiştir [85]. Çalışmamızda da benzer şekilde hekimlerin zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının yeterliliği hususunda rahat hissetmedikleri görülmüştür. Hekimlerin %74,3'ü zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının tıbbi uygulama hatalarını azaltmasında olumlu katkısı olmayacağını düşünürken, %59,9'u da tıbbi uygulama hatalarının hekimlere getireceği maddi zararı karşılayamayacağını düşünmektedir (Şekil 16).

Çalışmamızda hekimlerin tıbbi uygulama hataları nedeniyle kurum içi soruşturma geçirip geçirmediği değerlendirildiğinde; hekimlerin %13,6'sının meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkında kurum içi soruşturma açıldığı, %86,4'ünün de açılmadığı görülmüştür (Şekil 17). Yapılan bir çalışmada katılımcıların %79,6'sı görevi nedeniyle herhangi bir soruşturma geçirmediğini belirtirken, %20,4'ü soruşturma geçirdiğini belirtmiştir [180]. Bizim çalışmamızda özellikle tıbbi uygulama hatası nedeniyle geçirilen soruşturmanın belirtilmesi istenildiğinden, diğer çalışmalara göre oranın daha az çıkması beklenen bir durumdur. Soruşturma geçiren hekimlerin uzmanlık alanları incelendiğinde; sıklık sırasına göre genel cerrahi, acil tıp, dahiliye, pediatri ve ortopedi bölümlerinde çalışan hekimlerin sayısının fazla olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde; acil tıp, genel cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi ve jinekoloji bölümlerinin soruşturma geçirme oranlarının diğer uzmanlıklara göre yüksek olduğunu belirten çalışmalar görülmüştür [113]. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla da benzerlik göstermektedir. Meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle kurum içi soruşturma açılması ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; kurum içi soruşturma açılması ile tükenmişlik alt grupları

arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, defansif tıp ile arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle kurum içi soruşturma geçirdiğini belirten hekimlerde geçirmediğini belirtenlere göre Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 73).

Çalışmamızda hekimlerin tıbbi uygulama hataları nedeniyle haklarında dava açılıp açılmadığı da değerlendirilmiştir. Hakkında malpraktis iddiası ile dava açıldığını belirten hekimlerin oranı %9,3 iken, %90,7'si de açılmadığını belirtmiştir (Şekil 17). Literatür incelendiğinde; hekimlerin dava edilme oranlarının çalışmadan çalışmaya değişiklik gösterdiği görülmüştür. Çalışmalara bakıldığında; Dedeoğlu'nun çalışmasında hekimlerin %16,5'inin mesleklerinden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirdiği[178], Aynacı'nın çalışmasında dava edilme oranının %12,34 olduğu[85], Kolcu'nun çalışmasında dava edilme oranı % 8,1 olduğu[133], Selçuk'un çalışmasında ise şikayet edilme oranının %10,5 olduğu belirtilmiştir [160]. ABD'de 1991-2005 yılları arasında 40.916 doktorun dahil edildiği bir çalışmada, çalışmaya katılan doktorların her yıl % 7,4'üne hatalı tıbbi uygulama iddiası ile dava açıldığı belirtilmektedir [181]. Yargıya yansıyan tıbbi müdahale hatalarının incelendiği bir başka çalışmada ise; olguların %76'sının tazminat, % 24'ü ceza davalarına ilişkin olduğu belirtilmiştir [182]. Yargıtay'da karara bağlanan malpraktis davalarının değerlendirildiği bir başka çalışmada da; olguların % 65,6'sının tazminat, % 34,4'ünün ise ceza davaları ile ilgili olduğu belirtilmiştir [109]. Bizim çalışmamızda açılan davaların türü sorulmamış olup hakkında tıbbi uygulama hatası nedeniyle dava açılan 55 hekimden %32,7'sinin davasının devam ettiği, %61,8'inin davasının olumlu sonuçlandığı ve herhangi bir ceza almadığı, %3,6'sının para cezası aldığı ve %1,8'inin de hapis cezası aldığı görülmüştür (Şekil 18). Hakkında tıbbi uygulama hatası nedeniyle dava açılan hekimlerin uzmanlık alanları incelendiğinde; genel cerrahi, anestezi, acil tıp ve pediatri bölümlerinde çalışan hekimlerin sayısının fazla olduğu görülmüştür. ABD'de yapılan bir çalışmada; riskin en yüksek olduğu uzmanlık alanlarının sırasıyla dahiliye, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi olduğu belirtilirken [183], İtalya'da yapılan bir çalışmada da kadın hastalıkları ve doğum (% 37), dahiliye (% 19) ve pediatri (% 14) uzmanlık alanlarının en çok dava edildiği belirtilmiştir [184]. Ülkemize baktığımızda; Teke ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada pratisyen ve cerrahi branş hekimlerin daha sık dava edildikleri görülmüştür [101]. Gürbeden'in tez çalışmasında ise; ilk sırada acil tıp (% 19,9), sırayla kadın hastalıkları ve doğum (% 16),

anesteziyoloji ve reanimasyon (% 9,4) ve genel cerrahi (% 8,3) olduğu saptanmış ve bu sonuçlar cerrahi girişimlerin daha riskli uygulamalar olması ile ilişkilendirilmiştir [64].

Tıbbi uygulama hatası nedeniyle açılan davalar ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik alt grupları ile meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle açılan davalar kıyaslandığında; meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkında dava açılmayan hekimlerde dava açılanlara göre Kişisel Başarı hissi anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (Tablo 52). Bu sonuç tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkında dava açılan hekimlerin nispeten mesleklerinin daha ileri yıllarında olmaları ile ilişkilendirilmiştir. Defansif tıp skorları ile açılan davalar kıyaslandığında; meslek hayatı boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkında dava açıldığını belirten hekimlerde dava açılmadığını belirtenlere göre Pozitif Defansif Tıp skoru anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (74). Çalışmamız bu haliyle hakkında malpraktis davası açılan hekimlerin defansif tıp uygulama düzeyinin daha fazla olduğunu belirten çalışmaları destekler niteliktedir [128, 134]. Aynacı'nın çalışmasında bizden farklı olarak hakkında malpraktis davası açılan hekimlerin açılmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek negatif defansif tıp uyguladığı görülmüştür [85].

Çalışmamızda tıbbi uygulama hatası endişesinin uzmanlık alanı seçimine etkisi irdelenmiştir. Hekimlerin %31'i dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle “uzmanlık alanı” seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen bir uzmanlık alanı tercih ettiğini belirtirken, %69'u ise uzmanlık alanı seçiminde böyle bir ayrım yapmadığını belirtmiştir (Şekil 21). Uzmanlık alanı seçimi ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik alt grupları ile uzmanlık alanı seçimi kıyaslandığında; uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen bir uzmanlık alanı tercih eden hekimlerde böyle bir tercih yapmayan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha düşük Kişisel Başarı skoru bulunmuştur (Tablo 76). Defansif tıp skorları ile uzmanlık alanı seçimi kıyaslandığında; uzmanlık alanı seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen bir uzmanlık alanı tercih eden hekimlerde böyle bir tercih yapmayan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Negatif Defansif Tıp skoru bulunmuştur (Tablo 77). Bu sonuç uzmanlık seçiminde endişeli davranan hekimlerin daha az riskli hastalarla ilgilenme isteklerinin halen

devam ettiğini, bununla birlikte bu hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yapıp yapılmadığı irdelendiğinde; hekimlerin %5,1'i dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptığını belirtirken, %94,9'u yapmadığını belirtmiştir (Şekil 22). Geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptığını belirten 30 hekimin önceki uzmanlık alanları incelendiğinde; acil tıp (n:6), pediatri (n:4), anestezi (n:3), dahiliye (n:3), kardiyoloji (n:3), genel cerrahi (n:2), kadın doğum (n:2), çocuk cerrahisi (n:1), nöroloji (n:1), ortopedi (n:1) ve üroloji (n:1) bölümlerinin olduğu görülmüştür. 3 hekimin de geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptığını belirtmesine karşın bu soruya yanıt vermediği görülmüştür. Geçmişte uzmanlık alanı değişikliği ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; geçmişte uzmanlık alanı değişikliği ile tükenmişlik alt grupları arasında anlamlı fark bulunmazken, defansif tıp skorları ile arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yapan hekimlerde değişiklik yapmayan hekimlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Negatif Defansif Tıp skoru bulunmuştur (Tablo 79).

Çalışmamızda dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanı değişikliği düşünülüp düşünülmediği sorgulandığında; hekimlerin %10,4'ü dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanını değiştirmeyi düşündüğünü belirtirken, %89,6'sı düşünmediğini belirtmiştir (Şekil 23). Şu anki uzmanlık alanı değişikliği isteği ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanını değiştirmeyi düşünen hekimlerin, değişiklik düşünmeyenlere göre daha tükenmiş oldukları, bu tükenmişliğin Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorlarında anlamlılık oluşturduğu bulunmuştur (Tablo 80). Yapılan bir çalışmada da çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuş olup; meslek değiştirmek isteyenler ile bölüm değiştirmek isteyenlerin, hiçbirini değiştirmek istemeyenlere göre bütün alt ölçeklerde daha tükenmiş olduğu belirtilmiştir [156]. Defansif Tıp skorları ile şu an uzmanlık alanı değişikliği düşünülmesine ilişkin soru kıyaslandığında ise; dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanını değiştirmeyi düşünen

hekimlerin, değişiklik düşünmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek pozitif ve negatif defansif tıp uyguladığı görölmüştür (Tablo 81).

Çalışmamızda dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleğın bırakılması veya erken emeklilik düşünölüp düşünölmediğı sorgulandığında; hekimlerin %17,6'sı dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleğı bırakmayı veya erken emekliliğı düşündüğünü belirtirken, %82,4'ü düşünmediğini belirtmiştir (Şekil 24). Mesleğın bırakılması veya erken emeklilik düşünölmesi ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasındaki ilişki incelendiğinde; aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur. Tükenmişlik alt grupları ile mesleğın bırakılması veya erken emekliliğın düşünölmesi kıyaslandığında; dava edilme ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleğı bırakmayı veya erken emekliliğı düşünen hekimlerde, değişiklik düşünmeyenlere göre 3 tükenmişlik alt grubunun da anlamlı düzeyde tükenmişlik lehine etkilendiğı görölmüştür (Tablo 82). Yapılan çalışmalarda da sonuçlar benzerdir. Yavuzekinci'nin çalışmasında; mesleğini ilk fırsatta değiştirmek isteyenlerde yüksek duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma oranları, mesleğini emekliliğe kadar sürdürmek isteyenlere göre daha yüksektir. Yüksek kişisel başarı düzeyi ise mesleğini ilk fırsatta değiştirmek isteyenlerde daha düşük bulunmuştur[177]. Yine aynı şekilde, Armutlukuyu'nun çalışmasında; hekimliğı bırakmayı düşünenlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek iken kişisel başarı puan ortalaması ise istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu [157]. Defansif Tıp skorları ile mesleğın bırakılması veya erken emekliliğın düşünölmesine ilişkin soru kıyaslandığında ise; dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleğı bırakmayı veya erken emekliliğı düşünen hekimlerin, değişiklik düşünmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek pozitif ve negatif defansif tıp uyguladığı görölmüştür (Tablo 83).

Tükenmişlik alt grupları ile Pozitif ve Negatif Defansif Tıp skorlarının korelasyon analizinde; Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma skorları ile Pozitif ve Negatif Tükenme skorları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyon görölürken, Kişisel Başarı skoru ile Pozitif ve Negatif Tükenme skorları arasında negatif yönde anlamlı düzeyde korelasyon görölmüştür (Tablo 84). Göçen ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde defansif tıp ile tükenmişlik arasında zayıf bir korelasyon görölmüştür [134].

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tıbbi uygulamalarda aktif konumda olan hekimin motivasyon ve ruh hali, tıbbi başarıda ve hasta memnuniyetinde önemli bir rol oynar. Bu tez çalışmasında, tıbbi uygulamaların hekim boyutu ele alınarak, hasta için toleransı zor olan olumsuz sonuçların gelişimini engelleyici dinamikler tartışılmıştır. Hekimde tükenmişliğe yol açan nedenlerin irdelenip belirlenmesi ve uygun çözüm yollarının önerilmesi, tıbbi malpraktis uygulamalarının azalmasının yanı sıra bu endişeyle sergilenmekte olan defansif tıp tutumunun da azalmasında önemli bir role sahiptir. Esasen hekimde tükenmişlik, tıbbi malpraktis ve defansif tıp uygulamaları birbirlerini potansiyelize eden bir kısır döngü oluşturmakta, bunun sonucunda ise hekim ve hasta zarar görmektedir. Bu olumsuz etkileşimi kırmak için;

1. Meslek seçimi aşamasında; ailenin istek ve yönlendirilmesi, ülkenin ekonomik sorunlarından kaynaklı iş bulamama endişesi gibi ikincil role sahip olması gereken etmenlerin yerini adayın yönelim, amaç ve istekleri yer almalı, eğitim sistemi ve ekonomik alanda bunu sağlayıcı ortam ve koşullar oluşturulmalıdır.
2. Tıpta uzmanlık alan seçimi aşamasında adaylar; malpraktis endişesi, yoğun iş yükü, TUS başarı oranı ve ekonomik beklentiler gibi ülkenin mevcut konjektörünün zorladığı tali nedenlerden dolayı değil, yetenek, eğilim ve isteklerine göre karar vermelerini sağlayıcı koşullar oluşturulmalıdır.
3. Tükenmişlikte önemli bir role sahip olan, hasta sayısı ve yoğunluğu, ekip ve ekipmanlardaki yetersizlikler, performansa dayalı ücretlendirme gibi çalışma koşullarında var olan olumsuzlukların bir an evvel, önem sırası gözetilerek düzeltilmesi gerekmektedir.
4. Çalışılan kurum ile tükenmişlik ve defansif tıp skorları arasında anlamlı fark bulunması, kurumlarda yönetici pozisyonunda bulunanların organizasyon becerileri, tutum ve davranışlarının önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir. Yöneticilerin, hekim- hasta memnuniyeti ve mevcut sorunları araştıran anket ve benzeri çalışmalar yapılması, çözüm için ilk basamağı oluşturabilir.

5. Genç ve mesleki tecrübesi az olan asistan hekimlerde tükenmişlik ve defansif tıp skorlarının anlamlı düzeyde yüksek bulunması, genç hekimlerin içinde bulundukları stresli çalışma ortamına uyum konusunda zorlandıklarını göstermektedir. Hekimlerin tükenmişlik ile başa çıkabilmesi için kurumsal desteğin artırılması, özellikle genç hekimler için düzenli psikolojik ve sosyal desteğin sağlanması neticesinde genç hekimlerin yaşadığı stres ile baş etme mekanizmaları kuvvetlendirilebilir.
6. Hekimlerin çalışma saatleri ve nöbet tutan hekimler için nöbet sayısı ve sürelerinin düzenlenmesi, çalışma saatleri içerisindeki iş yükü ve görev dağılımının iyi tanımlanması, bununla birlikte fiziki ortamın çalışanların ihtiyaçlarına göre düzenlenerek çalışma şartlarının iyileştirilmesi ile hekimler için sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturulmalıdır.
7. Hekimler için tıbbi uygulama hatası ve defansif tıp uygulamalarına ilişkin belirli aralıklarla hizmet içi eğitimler ve tıbbi uygulama hatasına neden olabilecek durum ve koşulların belirlenmesi ve ortadan kaldırılması amacıyla yönetim ve anabilim dallarının işbirliği ile toplantılar düzenlenmesi, hem mevcut sorunların irdelenmesine olanak sağlayacak hem de gelişebilecek potansiyel hataların önlenmesinde olumlu katkı sağlayacaktır.
8. Çalışmaya katılan hekimler içerisinde mevcut çalışma şartlarından memnun olmayan ve şu an uzmanlık alanı değişikliğini, mesleği bırakmayı ya da erken emekliliği düşünenlerin azımsanmayacak sayıda olduğu, bununla birlikte bu hekimlerde tükenmişlik ve defansif tıp skorlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Hastalara sunulan bakım ve hizmetin kalitesinin artırılması ancak çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasıyla olanaklıdır. Hekimlerin yaşadığı sorunların en aza indirilmesi ve ihtiyaçlarını giderecek mekanizmaların oluşturulması ile hem hekimlerin tükenmişlik düzeylerinin, hem de iyileşen çalışma şartları ve güven ortamı sayesinde defansif tıp uygulamalarına yönelimin azalacağı düşünülmektedir.
9. Çalışmamızda ayrıca; hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ile defansif tıp uygulamaları arasında pozitif yönde korelasyon görülmüş olup, hem hekimler hem de hastalara

yönelik kaliteli bir ortamının sağlanabilmesi ve tükenmişlik düzeyi, tıbbi uygulama hataları ve defansif tıp uygulamaları arasındaki neden sonuç ilişkisinin ortaya konabilmesi için daha çok çalışmaya ve çözüm önerilerine ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

- 10.** Yapılacak daha kapsamlı çalışmalarla tükenmişlik düzeyi, kusurlu tıbbi uygulamalar ve defansif tıp uygulamaları arasındaki ilişkinin daha ayrıntılı olarak incelenerek, uygulamadaki aksaklıkların giderilmesi için gerekli önlemlerin hayata geçirilmesi; hem hekimlerde tükenmişliği azaltıp iş doyumunu arttıracak hem de kusurlu tıbbi uygulamalar veya dava endişesiyle yapılan defansif tıp uygulamalarını azaltarak hastalar tarafından alınan hizmetin kalitesini yükseltecektir.



7. KAYNAKLAR

1. Aktürk, N., et al., Türkiye’de Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalında Çalışmakta Olan Araştırma Görevlisi Hekimlerde Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeyleri Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi, 2015: P. 109-117.
2. Freudenberger, H.J., The Staff Burn-Out Syndrome In Alternative Institutions. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 1975. 12(1): P. 73.
3. Christina Maslach, Susan E. Jackson, and M.P. Leiter, Maslach Burnout Inventory Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press, 1986. 21.
4. Pejušković, B., D. Lečić-Toševski, and S.P.O. Tošković, Burnout Syndrome Among Physicians – The Role Of Personality Dimensions And Coping Strategies. Psychiatria Danubina, 2011. 23(4): P. 389-395
5. Işıkhani, V., Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu. 2004.
6. Orbay, E., et al., Asistan Doktorlarda Tükenme (Burnout) Sendromu. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2007. 11(2): P. 67-71.
7. Özkula, G. and E. Durukan, Hekimlerde Tükenmişlik Sendromu: Sosyodemografik Özelliklerin Rolü. Dusunen Adam The Journal Of Psychiatry And Neurological Sciences, 2017. 30: P. 136-144.
8. Polat, O., Tıbbi Uygulama Hataları, 2. Baskı. 2015, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
9. Gemalmaz, A., "Aile Hekimliğinde Tıbbi Uygulama Hataları.". Türkiye Klinikleri Journal Of Family Medicine Special Topics, 2014. 5(1): P. 56-62.
10. Altınok, M., Perinatal Döneme Yönelik Tıbbi Malpraktis İddiası Bulunup Anne Ya Da Bebek Ölümüyle Sonuçlanmış Ve Adli Tıp Kurumu Tarafından Görüş Bildirilmiş Olguların Medikolegal Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi In Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. 2015: İstanbul.
11. Tuğcu, H., C. Yorulmaz, and S. Koç, Hekim Sorumluluğu Ve Tıbbi Malpraktis. Klinik Gelişim, 2009. 22: P. 6-10.
12. Hirsh, H.L., Defensive Medicine--Friend Or Foe? Legal Medicine, 1989: P. 145.
13. Yılmaz, K., O. Polat, and B. Kocamaz, Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi, 2014. 5: P. 16.

14. Summerton, N., Positive And Negative Factors In Defensive Medicine: A Questionnaire Study Of General Practitioners. *Bmj*, 1995. 310(6971): P. 27-29.
15. Duke, L., The Medical Malpractice Threat: A Study Of Defensive Medicine. *Duke Law J*, 1971.
16. Italia, S., et al., Evaluation And Art Therapy Treatment Of The Burnout Syndrome In Oncology Units. *Psycho-Oncology: Journal Of The Psychological, Social And Behavioral Dimensions Of Cancer*, 2008. 17(7): P. 676-680.
17. Akbolat, M. and I. Oğuz, Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2008. 11(2): P. 229-254.
18. Freudenberger, H.J., Staff Burn-Out. *Journal Of Social Issues*, 1974. 30(1): P. 159-165.
19. Taycan, O., S. Erdoğan Taycan, and Ç. Çelik, Doğu Anadolu Bölgesi'nde Yer Alan Bir İlde Devlet Hizmet Yükümlülüğü'nün Hekimler Üzerindeki Etkileri Ve Tükenmişlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013. 24(3): P. 182-191.
20. Aslan, D., et al., Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2005.
21. Çan, E., et al., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu ile İş Doyumu Düzeleri Ve İlişkili Faktörler. *Journal Of Experimental And Clinical Medicine*, 2006. 23(1): P. 17-24.
22. Maslach, C., S.E. Jackson, and M.P. Leiter, Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press, 1986. 21.
23. Almila Erol, Aybala Sariçiçek, And Ş. Gülseren., Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi/Burnout In Residents: Association With Job Satisfaction And Depression. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007. 8: P. 241-247
24. Maslach, C. and S.E. Jackson, The Measurement Of Experienced Burnout. *Journal Of Organizational Behavior* 1981. 2.2: P. 99-113.
25. Ş. Uzun, et al., Anesteziyoloji Ve Dahiliye Asistanlarındaki İş Stresi Ve Tükenmişlik Durumu. *Jarss*, 2013. 21: P. 224-229.
26. Gundersen, L., Physician Burnout. *Annals Of Internal Medicine*, 2001. 135.2: P. 145-148.

27. Dewa, C.S., et al., How Does Burnout Affect Physician Productivity? A Systematic Literature Review. *Bmc Health Services Research*, 2014. 14(1): P. 325.
28. Kumar, S., Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare. Multidisciplinary Digital Publishing Institute*, 2016. 4(3).
29. Visser, M.R., et al., Stress, Satisfaction and Burnout Among Dutch Medical Specialists. *Cmaj*, 2003. 168(3): P. 271-275.
30. Maslach, C. And J. Goldberg, Prevention Of Burnout: New Perspectives. *Applied And Preventive Psychology*, 1998. 7(1): P. 63-74.
31. Havle, N., et al., İstanbul'da Çalışan Psikiyatristlerde Tükenmişlik, İş Doyumu Ve Bunların Çeşitli Değişkenlerle İlişkisi. *Düşünen Adam*, 2008. 21(1-4): P. 4-13.
32. Maslach, C., W.B. Schaufeli, And M.P. Leiter, Job Burnout. *Annual Review Of Psychology*, 2001. 52(1): P. 397-422.
33. Balcıoğlu, İ., S. Memetali, And R. Rozant, Tükenmişlik Sendromu. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2008. 83: P. 99-104.
34. Kaçmaz, N., Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005. 68(1).
35. Doğan, A., R. Demir, And E. Türkmen, Rol Belirsizliğinin, Rol Çatışmasının Ve Sosyal Desteğin Tükenmişliğe Etkisi: Devlet Ve Vakıf Üniversitelerinde Çalışan Akademik Personelin Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Ataturk University Journal Of Economics & Administrative Sciences*, 2016. 30(1).
36. Taycan, O., S.E. Taycan, and C. Çelik, Relationship Of Burnout With Personality, Alexithymia, And Coping Behaviors Among Physicians In A Semiurban And Rural Area In Turkey. *Archives Of Environmental & Occupational Health*, 2014. 69(3): P. 159-166.
37. Budak, G. and O. Sürgevil, Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2005. 20: P. 95-108.
38. Işıksan, V., Yardım Edici Mesleklerde Tükenmişlik Sendromu. *Sosyal Hizmetler Dergisi* 2002. 2(13): P. 14-22.
39. Özgüven, H.D. and S. Haran, Tükenme. *Kriz Ve Müdahale*. . Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama Ve Araştırma Merkezi Yayınları, 2000. 6: P. 199-214.

40. Dikmetaş, E., M. Top, And G. Ergin, Asistan Hekimlerin Tükenmişlik Ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2011. 22(3): P. 137-149.
41. Özkan, C., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler. Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Mersin, 2012.
42. Eğin, A., Çalışma Hayatında İş Stresi Ve Tükenmişlik. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015.
43. Ersoy, F., C. Yıldırım, And T. Edirne, Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2001. 10(2): P. 46-47.
44. Ergin, C., Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkiye Sağlık Personeli Normları. 3P Dergisi, 1996. 4(1): P. 28-33.
45. Keel, P., Psychische Belastungen Durch Die Arbeit: Burnout-Syndrom. Sozial-Und Präventivmedizin, 1993. 38(2): P. S131-S132.
46. Jackson, S.E., R.L. Schwab, And R.S. Schuler, Toward An Understanding Of The Burnout Phenomenon. Journal Of Applied Psychology, 1986. 71(4): P. 630.
47. Çam, O., Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik Ve Güvenirliğinin Araştırılması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı, 1992: P. 155-166.
48. Ergin, C., Doktor Ve Hemsirelerde Tükenmişlik Ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey), 1992.
49. Garden, A.-M., Depersonalization: A Valid Dimension Of Burnout? Human Relations, 1987. 40(9): P. 545-559.
50. Marakoğlu, K., N. Çetin Kargın, And M. Armutlukuyu, Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 2013. 23(4).
51. Yeşilbağ, E., Türkiye’de Genel Cerrahi Doktorlarında Tükenmişlik Sendromu. Uzmanlık Tezi, 2017.
52. Çam, O., The Burnout In Nursing Academicians In Turkey. International Journal Of Nursing Studies, 2001. 38(2): P. 201-207.
53. Christina Maslach and M.P. Leiter, The Truth About Burnout. . San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

54. Felton, J., Burnout As A Clinical Entity - Its Importance In Health Care Workers. Occupational Medicine, 1998. 48(4): P. 237-250.
55. Derya Şahin, et al., Hemşirelikte Malpraktis: Olgu Sunumları. . Adli Tıp Bülteni, 2014. 19(2): P. 100-4.
56. Ertem, G., E. Oksel, and A. Akbiyik, Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009. 84(1): P. 1-10.
57. Güngör, P., M.Y. Doğan, And M.Y. Kocabey, Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2012. 43(4): P. 128-138.
58. Türkmen, H. and R.E. Genç, Ebelik Ve Yenidoğanda Malpraktis. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017. 2.
59. Duysak, M., Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu. Hukuk Gündemi Dergisi 2009. 3: P. 25-38.
60. Çolak, A., Komplikasyon Mu? Malpraktis Mi? Malpraktis Davalarının Asli Unsurları. Hekim Forumu Dergisi, 2003. Nisan- Mayıs: P. 32-33.
61. Özkara E and H. H., Türkiye'de Nöroşirurjinin Yasal Sorumlulukları Ve Medikolegal Sorunları. Türk Nöroşirurji Dergisi, 2003. 13: P. 213-220.
62. Can, İ.Ö., E. Özkara, and M. Can, Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. Deü Tıp Fakültesi Dergisi, 2011. 25 (2): P. 69 - 76.
63. Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı. Erişim Adresi: <http://web.deu.edu.tr/radyolojiabd/malpraktis.html> Erişim Tarihi: 16.03.2019.
64. Gürbeden, B., 2010-2014 Yılları Arasında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası İle Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında Otopsisı Yapılan Olguların Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, In Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. 2016: İzmir.
65. Giray, A., Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri Ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi, Doktora Tezi., In Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 1999: İstanbul.
66. Snook, I. and J. Donald, Hospitals: What They Are And How They Work Philedelphia. 1981, Philedelphia: Aspen Publication.

67. Polat, O. and I. Pakiş, Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011. 2(3).
68. Çetin, G. and C. Yorulmaz, Tıbbi Malpraktis. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki Ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis Ve Adli Raporların Düzenlenmesi. . İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2006. 48: P. 31-42.
69. Bal, B.S., An Introduction To Medical Malpractice In The United States. Clinical Orthopaedics And Related Research, 2009. 467(2): P. 339-347.
70. D.Dalton, G., X.F. Samaropoulos, And A. C.Dalton, Improvements In The Safety Of Patient Care Can Help End The Medical Malpractice Crisis In The United States. Health Policy, 2008. 86: P. 153-162.
71. Danzon, P.M., Liability For Medical Malpractice. Journal Of Economics Perspectives, 1991. 5: P. 51-69.
72. Kohn, L.T., J.M. Corrigan, And M.S. Donaldson, To Err Is Human: Building A Safer Health System. 1999, National Academies Press.
73. Services, D.O.H.A.H., Adverse Events In Hospitals: National Incidence Among Medicare Beneficiaries. 2010.
74. James, J.T., A New, Evidence-Based Estimate Of Patient Harms Associated With Hospital Care. J Patient Saf, 2013. 9(3): P. 122-128.
75. Makary, M.A. and M. Daniel, Medical Error—The Third Leading Cause Of Death In The US. , : 12139. British Medical Journal, 2016. 353: P. 1-5.
76. Kessler, D.P., Evaluating The Medical Malpractice System And Options For Reform. Journal Of Economic Perspectives, 2011. 25(2): P. 93–110.
77. Hakeri, H., Tıp Hukuku, 12. Baskı. 2017, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
78. Traina, F., Medical Malpractice: The Experience In Italy. Clinical Orthopaedics And Related Research, 2009. 467(2): P. 434-442.
79. Yazıcı, Y.A., et al., Evaluation Of The Medical Malpractice Cases Concluded In The General Assembly Of Council Of Forensic Medicine. Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi, 2015. 21(3): P. 204-208.
80. Özkaya, N., H. Özkaya, and E. Özkara, Pediatric Malpractice: An Overview Of Turkey. Pediatr Int, 2013. 55(5): P. 637-640.

81. Algan, B., İstanbul'da Yapılan Adli Otopsilerin Tıbbi Malpraktis Açısından İrdelenmesi, Uzmanlık Tezi, In İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. 2012: İstanbul.
82. Çakmak, C., M. Konca, And M. Teleş, Türkiye Ulusal Güvenlik Raporlama Sistemi (Grs) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2018. 21(3): P. 423-448.
83. Kaya, A., et al., 2007-2013 Arası Tıpta Uzmanlık Sınavları: Bir Trend Analizi. Ankara Med J 2014. 14(2): P. 53-58.
84. Yılmaz, A., et al., 2005 Yılında Yürürlüğe Giren Türk Ceza Kanunu'nun (Tck) Cerrahi Branş Hekimleri Üzerindeki Etkisi. Adli Tıp Dergisi, 2013. 27(3): P. 158-172.
85. Aynacı, Y., Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması, Uzmanlık Tezi, In Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. 2008: Konya.
86. Yılmaz, K., Defansif Tıbbi Uygulamaların Hukuki Açından Yorumlanması, Yüksek Lisans Tezi, In İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı. 2012: İstanbul.
87. Yıldırım, A., et al., Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Cumhuriyet Med J 2009. 31(4): P. 356-366.
88. Kök, A.N., Hatalı Tıbbi Uygulama (Medikal Malpraktis) İddialarında Otopsinin Önemi. Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi, 2016. 7.
89. Palalıoğlu, H., Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğunun Ceza Hukuku Bakımından Değerlendirilmesi. Erişim adresi: <https://korukluoglu.av.tr/wp-content/uploads/2018/04/T%C4%B1bbi-M%C3%BCdahalelerin-Hukuka-Uygunlu%C4%9Fun%C4%B1n-Ceza-Hukuku-Bak%C4%B1m%C4%B1ndan-De%C4%9Ferlendirilmesi-Av.-Palal%C4%B1o%C4%9Flu.pdf>, Erişim tarihi: 13.04.2019.
90. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>, Erişim tarihi: 13.04.2019.
91. Van, M., Ç. Atılğan, And Ş. Sözer, Tıbbi Malpraktis Davalarında Kapsam Sorunu. Türkiye Klinikleri Journal Of Cardiovascular Surgery Special Topics, 2012. 4(3): P. 143-146.
92. Hasta Hakları Yönetmeliği. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>, Erişim tarihi: 13.04.2019.

93. Yılmaz, Ş.B.I., Tıbbî Müdahalelerde Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü. Tbb Dergisi, 2012. 98: P. 389-410.
94. Kicalioğlu, M., Yargı Kararları Işığında Doktorun (Hekimin) Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluğu. Terazî Dergisi, 2006. 4: P. 16-29.
95. Akgül, A., İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Tazmin Sorumluluğu Ve Danıştay'ın Yeni Yaklaşımı. Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi C. Xx, 2016. 1.
96. Koç, S., Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu. Türkderm, 2007. 41: P. 33-38
97. Hakeri, H., Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrimi. Bulletin Of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni, 2014. 5(1).
98. Centel, N., Türk Ceza Hukuku'na Giriş 2002, İstanbul: Beta Yayınları.
99. Oğuzman, M.K. And N. Barlas, Medeni Hukuka Giriş, Temel Kavramlar. 2003, İstanbul: Beta Yayınları.
100. Yılmaz, K., Defansif Tıp, Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçması Durumunda Ortaya Çıkan Problemler. 2014, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
101. Teke, H.Y., et al., Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı Ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması. Türkiye Klinikleri Journal Of Forensic Medicine And Forensic Sciences, 2007. 4(2): P. 61-67.
102. Diken, N.M.G. And Y. Yaşar, Karar İncelemesi-Bilinçli Taksir Ve Olası Kast (Dolus Eventualis) Farkının Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi. 7(1): P. 97-113.
103. Ünver, Y., Hekimin Cezai Sorumluluğu. Tck'da Sağlık Personelinin Cezai Sorumluluğuna Yol Açabilecek Hükümler. İi. Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu, İstanbul, 13-14 Kasım 2009: P. 96.
104. Mahmutoglu, F., 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'ndaki Yeni Düzenlemeler Işığında Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Cezai Sorumluluğu. Teknoloji Tıbbi Hekim Ve Hasta İlişkisi. Uluslararası Katılımlı İi. Tıp Etiği Ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildiri Kitabı, İstanbul 2006: P. 203-220.
105. Hancı, İ., Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza Ve Tazminat Sorumluluğu, 1.Baskı. 2002, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

106. Tümer, A.R., 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakalarının Komplikasyon Ve Malpraktis Yönünden Araştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, In Ankara Ü. Tıf Adli Tıp Ad. 2002: Ankara.
107. Büken, E., 1990-2000 Yıllarında Adli Tıp Kurumu I. Ve II. İhtisas Kurullarına Obstetrik Ve Jinekolojik Malpraktis İddiasıyla Gönderilen Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. Uzmanlık Tezi, In 1 Adli Tıp Kurumu. 2002: İstanbul.
108. Koç, S., Adli Tıbbi Açidan Malpraktis Ve Hekim Sorumluluğu. Bulletin Of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni, 2014. 5(1).
109. Kırtıçoğlu, M., Yargıtay'da 2010-2017 Yılları Arasında Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama (Malpraktis) Dava Kararlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, In Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. 2018: Adana.
110. İnce, N., et al., Hatalı Tıbbi Uygulama Ve Korunma Yolları. İst Tıp Fak Dergisi, 2005. 68: P. 123-127.
111. Yıldırım, İ., Tıbbi Malpraktis Ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015. 6(3).
112. Tümer, A.R., R. Akçan, And E. Karacaoğlu, Ülkemizde Ve Dünyadaki Örnekleri Ile Hekim Mesleki Sorumluluk Sigorta Sisteminin Değerlendirilmesi. Hacettepe Tıp Dergisi, 2011. 42: P. 34-41.
113. Studdert, D.M., et al., Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians In A Volatile Malpractice Environment. Jama, 2005. 293(21): P. 2609-2617.
114. Vandersteegen, T., W. Marneffe, And D. Vandijck, Defensive Medicine: Implications For Clinical Practice, Patients And Healthcare Policy. Acta Clinica Belgica, 2015. 70(6): P. 396.
115. Hershey, N., The Defensive Practice Of Medicine: Myth Or Reality. The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1972. 50(1): P. 69-97.
116. Catino, M., Blame Culture And Defensive Medicine. Cognition, Technology & Work, 2009. 11(4): P. 245.
117. Health Program Office Of Technology Assesment. Impact Of Legal Reforms On Medical Malpractice Costs. Washington, September 1993: P. 13.
118. Corrigan, J., et al., Medical Malpractice Reform And Defensive Medicine. Cancer Investigation, 1996. 14(3): P. 277-284.

119. Mello, M.M., et al., National Costs Of The Medical Liability System. Health Affairs, 2010. 29(9): P. 1569-1577.
120. Burdon, J., Defensive Medicine And Clinical Risk Management. Legal And Forensic Medicine, 2013: P. 621-628.
121. Hermer, L.D. And H. Brady, Defensive Medicine, Cost Containment, And Reform. J Gen Intern Med, 2010. 25(5): P. 470-473.
122. Başer, A., et al., İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları Ile İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Evaluation Of The Opinions Of Family Doctors Working In Izmir Karsiyaka District On Defensive Medical Practices. Smyrna Tıp Dergisi, 2014: P. 16-24.
123. Bishop, T.F., A.D. Federman, And S. Keyhani, Physicians' Views On Defensive Medicine: A National Survey. Archives Of Internal Medicine, 2010. 170(12): P. 1081-1083.
124. Jackson Healthcare, "Defensive Medicine: Impacts Beyond Costs", April 2010. Erişim adresi; <https://jacksonhealthcare.com/media-room/surveys/def-med-phase-3-summary/>, Erişim tarihi: 16.04.2019.
125. Chawla, A. and R.B. Gunderman, Defensive medicine: prevalence, implications, and recommendations. Academic radiology, 2008. 15(7): p. 948-949.
126. Ortashi, O., et al., The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. BMC medical ethics, 2013. 14(1): p. 42.
127. Catino, M. and S. Celotti, The problem of defensive medicine: two Italian surveys. Detect Prev Adverse Drug Events: Inf Technol Hum Factors, 2009. 148: p. 206.
128. Asher, E., et al., Defensive medicine in Israel—a nationwide survey. PLoS One, 2012. 7(8): p. e42613.
129. Hiyama, T., et al., Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. World Journal of Gastroenterology: WJG, 2006. 12(47): p. 7671.
130. Amiresmaili, M., et al., A survey on frequency of defensive medicine among general practitioners of Kerman city. Journal of Payavard Salamat, 2014. 7(5): p. 399-409.
131. Odabaşı, A. And A. Tümer, Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike. Sted, 2006. 1: P. 55-9.

132. Özata, M., Ö. Kubilay, And Y. Akkoca, Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 7(1): P. 131-138.
133. Kolcu, G., T.C.S.B. İzmir Ege Doğumevi Ve Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı Hekimler İle Asistan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamaları İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, In Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. 2013: İzmir.
134. Göçen, Ö., et al., Assistant Physicians Knowledge And Attitudes About Defensive Medical Practices, Work-Related Stress And Burnout Levels. Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care. 12(2): P. 77-87.
135. Chen, J., et al., The Prevalence And Impact Of Defensive Medicine In The Radiographic Workup Of The Trauma Patient: A Pilot Study. The American Journal Of Surgery, 2015. 210(3): P. 462-467.
136. Rodriguez, R.M., et al., A Longitudinal Study Of Emergency Medicine Residents' Malpractice Fear And Defensive Medicine. Academic Emergency Medicine, 2007. 14(6): P. 569-573.
137. Toker, A., et al., Clinical Guidelines, Defensive Medicine, And The Physician Between The Two. American Journal Of Otolaryngology, 2004. 25(4): P. 245-250.
138. Ali, A.A., et al., Concept Of Defensive Medicine And Litigation Among Sudanese Doctors Working In Obstetrics And Gynecology. BMC Medical Ethics, 2016. 17(1): P. 12.
139. Motta, S., et al., Medical Liability, Defensive Medicine And Professional Insurance In Otolaryngology. BMC Research Notes, 2015. 8(1): P. 343.
140. O'dowd, A., Doctors Increasingly Practise "Defensive" Medicine For Fear Of Litigation, Says Regulator. 2015, British Medical Journal Publishing Group.
141. Bishop, T.F. And M. Pesko, Does Defensive Medicine Protect Doctors Against Malpractice Claims? 2015, British Medical Journal Publishing Group.
142. Bovbjerg, R.R., Legislation On Medical Malpractice: Further Developments And A Preliminary Report Card. UC Davis L. Rev., 1988. 22: P. 499.
143. Bergen, R., Defensive Medicine Is Good Medicine. JAMA, 1974. 228(9): P. 1188.

144. Clarke, S. And J. Oakley, Informed Consent And Clinician Accountability: The Ethics Of Report Cards On Surgeon Performance. 2007: Cambridge University Press.
145. Localio, A.R., et al., Relationship Between Malpractice Claims And Cesarean Delivery. *Jama*, 1993. 269(3): P. 366-373.
146. Tuers, D.M., Defensive Medicine In The Emergency Department: Increasing Health Care Costs Without Increasing Quality? *Nursing Administration Quarterly*, 2013. 37(2): P. 160-164.
147. Edwards, K.S., Defensive Medicine. *Health Care With A Pricetag*. The Ohio State Medical Journal, 1985. 81(1): P. 38.
148. Catino, M., Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side-Effects Of Medical Litigation. 2011.
149. Rothberg, M.B., et al., The Cost Of Defensive Medicine On 3 Hospital Medicine Services. *JAMA Internal Medicine*, 2014. 174(11): P. 1867-1868.
150. Carrier, E.R., et al., High Physician Concern About Malpractice Risk Predicts More Aggressive Diagnostic Testing In Office-Based Practice. *Health Affairs*, 2013. 32(8): P. 1383-1391.
151. De Ville, K., Act First And Look Up The Law Afterward?: Medical Malpractice And The Ethics Of Defensive Medicine. *Theoretical Medicine And Bioethics*, 1998. 19(6): P. 569-589.
152. Tancredi, L.R. and J.A. Barondess, The Problem Of Defensive Medicine. *Science*, 1978. 200(4344): P. 879-882.
153. Waxman, D.A., et al., The Effect Of Malpractice Reform On Emergency Department Care. *New England Journal Of Medicine*, 2014. 371(16): P. 1518-1525.
154. Nisselle, P., The Ten Commandments Of Risk Management. *Med Defence Assoc Victoria Outlook*, 2006. 8(6).
155. Karataş, M. And C. Yakıncı, Tıbbi Hata Nedenleri Ve Çözüm Yolları. *Journal Of Inonu University Medical Faculty*, 2010. 17(3): P. 233-236.
156. Kırmızıgül, Y., Tıp Fakültesinde Çalışan Tıp Doktorları Ve Tıp Öğrencilerinde Tükenmişlik Sendromu Ve İlişkili Faktörler. 2018.

157. Armutlukuyu, M., Tıp Fakültelerinde çalışan öğretim üyeleri ve araştırma görevlilerinde tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. 2014, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi.
158. Kaya, A., et al., Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2014. 18(3): p. 122-133.
159. Başer, A., et al., Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği: Ön Çalışma. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 2014. 24(2): p. 99-102.
160. Selçuk, M., Çekinik (Defansif) Tıp. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2015.
161. Özbayır, T., et al., Ameliyathane hemşirelerinde tükenmişliğin incelenmesi. Hemşirelik Forumu, 2006. 2: p. 18-25.
162. Yavuzylmaz, A., et al., Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler. Taf Preventive Medicine Bulletin, 2007. 6(1): P. 1.
163. Doğan, K., Ankara'da İki Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Durumu Ve İlişkili Etmenler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Ana Bilim Dalı, 2005.
164. Haran, S., et al., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Ve Ankara Numune Hastanesinde Çalışan Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. Kriz Dergisi. 6(1).
165. Kurçer, M.A., Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeyleri. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005. 2(3): P. 10-15.
166. Moosazadeh, M., et al., Determining The Frequency Of Defensive Medicine Among General Practitioners In Southeast Iran. International Journal Of Health Policy And Management, 2014. 2(3): P. 119.
167. Solaroglu, I., et al., Health Transformation Project And Defensive Medicine Practice Among Neurosurgeons In Turkey. Plos One, 2014. 9(10): P. E111446.
168. Tanriverdi, O., et al., Perspectives And Practical Applications Of Medical Oncologists On Defensive Medicine (Sysiphus Study): A Study Of The Palliative Care Working Committee Of The Turkish Oncology Group (Tog). Medical Oncology, 2015. 32(4): P. 106.

169. Biçen, E., Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması, Uzmanlık Tezi, in Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. 2018: İzmir.
170. Özyurt, A., O. Hayran, and H. Sur, Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q J Med*, 2006. 99: p. 161–169.
171. Erol, A., et al., Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Klinik Psikiyatri*, 2012. 15: p. 103-110.
172. Goodfellow, A., et al., Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses. *Anaesthesia*, 1997. 52(11): p. 1037-1041.
173. Girgin, N., et al., Bursa il merkezinde görevli anesteziistlerde mesleki tükenmeyi etkileyen faktörler. *Türk Anest. Rean. Der. Dergisi*, 2006. 34: p. 48-55.
174. Beyhan, S., Adana Ve Çevresinde Anestezi Ve Reanimasyon Hekimlerinde Tükenmişlik Sendromunun Araştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, in Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı. 2011: Adana.
175. O'leary, K.J., et al., Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine. *Academic Medicine*, 2012. 87(2): p. 142-148.
176. Nagy, S. and L.G. Davis, Burnout: A comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychological Reports*, 1985. 57(3_suppl): p. 1319-1326.
177. Yavuzekinci, M.A., Ameliyathanede Çalışan Anestezi Doktorları Ve Anestezi Teknikerlerinin Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, in Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı. 2018: Ankara.
178. Dedeoğlu, A.K., Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale Ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, in Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı. 2012: Ankara.
179. Mehmet, T., et al., Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 11(2): p. 161-200.
180. Çetin, E., Hekimlerin Tıp Hukuku ve Mevzuatlar Hakkında Bilgi Düzeyi ve Davranışları, Uzmanlık Tezi, in T.C. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2018: Ankara.

181. Jena, A.B., et al., Malpractice risk according to physician specialty. New England Journal of Medicine, 2011. 365(7): p. 629-636.
182. Savaş, H., Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları, 1. Baskı. 2009, Ankara: Seçkin Yayıncılık
183. Studdert, D.M., et al., Prevalence and characteristics of physicians prone to malpractice claims. New England journal of medicine, 2016. 374(4): p. 354-362.
184. Casali, M.B., et al., The medical malpractice in Milan-Italy. A retrospective survey on 14 years of judicial autopsies. Forensic science international, 2014. 242: p. 38-43.



8. ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 1114
Konu: Prof. Dr. İmdat ELMAS hk.

Tarih : 13.08.2018

Sayın Prof. Dr. İmdat ELMAS
Adli Tıp

İlgi: Adli Tıp Anabilim Dalının 27/07/2018 gün ve 241727 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Kübra Güleç KALAMAN' ın yürüteceği 2018/1077 dosya numaralı "Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki" başlıklı çalışma kurulumuzun 10/08/2018 tarih ve 13 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim,

Prof. Dr. A.Yağz ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU			
	AÇIK ADRESİ:	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL			
	TELEFON	0 (212) 414 21 53			
	FAKS	0 (212) 414 21 53			
	E-POSTA	itifetikkurul@istanbul.edu.tr.			
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. İmdat ELMAS			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Adli Tıp			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
Yüksek Doz Araştırması		☐			
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLAR ARASI ☐	

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI

"Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki"

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	30.07.2018	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	☐	Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİĞORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	HASTA KARTI GÖNÜLLÜKLERİ	☐		
	ILAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☒	Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazi ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Olgular Raporu Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E3	Tarih: 10/08/2018		
	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. İmdat ELMAS' ın sorumluluğunda ve Dr. Kübra Güleç KALAMAN' ın yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan Etik Kurul üye tam sayısına sahip çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28039 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağuz ÜRESİN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki *	Katılım **	İmza	
Prof. Dr. A. Yağuz ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr. Sevdâ ÖZEL YILDIZ	Biyoistatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİNLI	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığından izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde olmaktadır 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.

9. EKLER

Ek 1. Çalışmamıza Ait Anket Formu

“Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları arasındaki ilişki.”

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı’nda “Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları arasındaki ilişki.” başlıklı uzmanlık tezi kapsamında yürütülmektedir. Amacımız hekimlerin sağlık sistemi içerisindeki tükenmişlik düzeyleri, kusurlu tıbbi uygulamaları ile pozitif ve negatif defansif tıp uygulamalarına eğilimlerinin tespiti ve bu tutumlarının nedenlerini ayrıntılı olarak inceleyip sağlık sisteminin gelişmesine katkı sağlamaktır. Anket formu bağlı bulunduğunuz hastanedeki hekimlere uygulanacaktır.

Araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Katılsanız bile istediğiniz an sorulara yanıt vermekten vazgeçebilirsiniz. Araştırmaya katılmakla ne araştırmacı ne de katılımcı herhangi bir mali sorumluluk altına girmeyecektir. Kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu bilgiler kapsamında herhangi bir yayın hazırlandığında özel yaşama ait bilgilerinizin gizliliği devam edecektir.

Ankette; Demografik bilgiler, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar, Pozitif ve Negatif Defansif Tıp Uygulamalarına ilişkin sorular bulunmaktadır. Araştırmanın objektifliği için tüm soruları mümkün olduğunca cevaplamanız ve ankete isim yazmamanız önemlidir.

Değerli katkılarınız ve ilginiz için teşekkür ederiz.

Dr. Kübra GÜLEÇ KALAMAN
İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı
Tıpta Uzmanlık Öğrencisi

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz
 - A. Kadın
 - B. Erkek
2. Yaşınız
3. Medeni Durumunuz
 - A. Evli
 - B. Bekar
 - C. Eşi ölmüş
 - D. Eşinden ayrılmış
4. Çocuk Varlığı (E/H) Varsa Sayısı
5. Kaç Yıllık Hekimsiniz?
6. Çalıştığınız Kurum
 - A. Üniversite Hastanesi
 - B. Devlet Hastanesi
 - C. Özel Hastane
7. Uzmanlık Dalınız (Varsa).....
8. Bu uzmanlık dalında kaç yıllık hekimsiniz? (Varsa)
9. Unvanınız
 - A. Pratisyen Hekim
 - B. Asistan Hekim
 - C. Uzman Hekim
 - D. Uzman Öğretim Üyesi
 - E. Doçent
 - F. Profesör
10. Haftalık çalışma saatiniz
<40 40-50 50-60 >60
11. Aylık Nöbet Sayınız (ortalama)
12. Hekimlik mesleğini seçme nedeniniz?
 - A. Kendi isteği ile
 - B. Ailesinin önerisi ile
 - C. Öğretmen ve arkadaşlarının önerisi ile
 - D. Diğer
13. Şu anki branşınızı seçme nedeniniz?
 - A. Nöbetsiz oluşu nedeniyle
 - B. Yüksek maaşlı oluşu nedeniyle
 - C. Prestijli oluşu nedeniyle
 - D. TUS puanına göre tercih yapma zorunluluğu nedeniyle
 - E. Diğer
14. Mevcut çalışma şartlarınızdan memnun musunuz?
 - A. Memnunum
 - B. Kısmen Memnunum
 - C. Memnun değilim

BÖLÜM I

Bu ölçek, sizin meslek yaşantınıza ilişkin, sizde işe karşı tükenmişlik yaratan bazı faktörlerin belirlenmesine yönelik olarak yapılmaktadır. Aşağıda işle ilgili olarak yaşadıklarınıza ilişkin konular belirtilmiştir. Her cümleyi okuyarak, size en uygun olan seçeneği işaretleyerek belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2. İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. İşim gereği karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. İşim gereği karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değilermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6. Bütün gün insanlarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. İşim gereği karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14. İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. İşim gereği karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. İşim gereği karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. İşim gereği karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

BÖLÜM II

1. Tıbbi uygulama hataları ve önlemlere ilişkin hizmet içi eğitimler alıyor musunuz?
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
2. Tıbbi uygulama hatası yapmaktan endişelendiğiniz durumlar oluyor mu?
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
3. Tıbbi uygulamalar sırasında herhangi bir hata yapmanız durumunda hata ve sonuçlarını diğer sağlık personeli ile paylaşıyor mısınız?
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
4. Tıbbi uygulamalar sırasında herhangi bir hata yapmanız durumunda hata ve sonuçlarını hastane yönetimi ile paylaşıyor mısınız?
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
5. Tıbbi uygulamalar sırasında herhangi bir hata yapmanız durumunda hata ve sonuçlarını hasta ve hasta yakınları ile paylaşıyor mısınız?
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
6. Sizce yapılan hataların hastalara söylenmesi kişilerin tıbbi ve hekimliğine güvenini azaltır mı?
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
7. Tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların ve hukuki yaptırımların yaşanan tıbbi uygulama hatalarını azaltacağını düşünüyor musunuz?
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir

- C. Bazen
D. Çoğu Zaman
E. Her Zaman
8. Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası yaptınız mı?
A. Evet
B. Hayır
9. Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; çalıştığınız ortamda iş yükünün fazla olması, çalışma süresinin uzun olması ve personel azlığı gibi olumsuz hastane koşullarının etkisi oluyor mu?
A. Hiçbir Zaman
B. Çok Nadir
C. Bazen
D. Çoğu Zaman
E. Her Zaman
10. Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; sosyal stres, sağlık problemlerinizi, yorgunluk gibi kendinize özgü olumsuz durumların etkisi oluyor mu?
A. Hiçbir Zaman
B. Çok Nadir
C. Bazen
D. Çoğu Zaman
E. Her Zaman
11. Tıbbi uygulama hatası yapmanızda; dikkatsizlik, bilgi eksikliği, özensizlik gibi sizden kaynaklı olumsuz durumların etkisi oluyor mu?
A. Hiçbir Zaman
B. Çok Nadir
C. Bazen
D. Çoğu Zaman
E. Her Zaman
12. Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının, tıbbi uygulama hatalarının azalmasına olumlu katkıda bulunacağını düşünüyor musunuz?
A. Evet
B. Hayır
13. Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının, tıbbi uygulama hatalarının hekimlere getireceği maddi zararı karşılayabileceğini düşünüyor musunuz?
A. Evet
B. Hayır
14. Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda kurum içi soruşturma açıldı mı?
A. Evet
B. Hayır
15. Meslek hayatınız boyunca tıbbi uygulama hatası nedeniyle hakkınızda dava açıldı mı?
A. Evet
B. Hayır
(Sonraki soruyu cevabınız evet ise cevaplayınız.)
16. Davanızın durumu nedir?
A. Devam ediyor.
B. Olumlu sonuçlandı, ceza almadım.
C. Olumsuz sonuçlandı, para cezası aldım.
D. Olumsuz sonuçlandı, hapis cezası aldım.

BÖLÜM III

1. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle hastamdan gerekenden fazla tahlil isterim.
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
2. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle hastamdan gerekenden fazla görüntüleme tetkiki isterim.
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
3. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle biyopsi gibi girişimsel işlemlere daha fazla başvururum.
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
4. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle hastaları daha sık takip ederim.
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
5. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle gerekenden fazla konsültasyon isterim.
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
6. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle daha fazla yatış planlarım.
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
7. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle hastanın hastane yatış süresini gerekenden uzun tutarım.
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
8. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle hastayı gerekenden fazla gözlem altında tutarım.
 - A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman

9. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle endikasyona ek olarak fazla ilaç yazarım.
A. Hiçbir Zaman
B. Çok Nadir
C. Bazen
D. Çoğu Zaman
E. Her Zaman
10. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle hastayı tüm işlemlerde gerekenden fazla bilgilendiririm.
A. Hiçbir Zaman
B. Çok Nadir
C. Bazen
D. Çoğu Zaman
E. Her Zaman
11. Ayrıntılı tıbbi kayıt tutmamda dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi önemli yer tutar.
A. Hiçbir Zaman
B. Çok Nadir
C. Bazen
D. Çoğu Zaman
E. Her Zaman
12. Ayrıntılı onam formu kullanmamda dava ve tıbbi uygulama hatası endişesi önemli yer tutar.
A. Hiçbir Zaman
B. Çok Nadir
C. Bazen
D. Çoğu Zaman
E. Her Zaman

BÖLÜM IV

1. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle yaşamsal riske sahip hastaların kabul ve takibinden kaçınırım.
A. Hiçbir Zaman
B. Çok Nadir
C. Bazen
D. Çoğu Zaman
E. Her Zaman
2. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle daha etkili ancak komplikasyon ihtimali yüksek tedavi yöntemlerinden kaçınırım.
A. Hiçbir Zaman
B. Çok Nadir
C. Bazen
D. Çoğu Zaman
E. Her Zaman
3. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle agresif hasta ve hasta yakını varlığında bu hastaların kabul ve takibinden kaçınırım.
A. Hiçbir Zaman
B. Çok Nadir
C. Bazen
D. Çoğu Zaman
E. Her Zaman
4. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle invaziv (girişimsel) tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınırım.

- A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
5. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle servisimde tedavi ve takip imkanı olmasına rağmen riskli hastaları başka hekimlere veya başka hastaneye yönlendirme eğilimindeyim.
- A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
6. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle reçete yazarken daha etkili ilaçlar yerine daha sık kullanılan ve yan etkisi daha az olan ilaçları tercih ederim.
- A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
7. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle sorumluluğun daha fazla olduğunu düşündüğüm nöbet usulü çalışmaktan kaçınırım.
- A. Hiçbir Zaman
 - B. Çok Nadir
 - C. Bazen
 - D. Çoğu Zaman
 - E. Her Zaman
8. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle “uzmanlık alanı” seçiminde daha az riskli hastalarla ilgilenen bir uzmanlık alanı tercih ettim.
- A. Evet
 - B. Hayır
9. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle geçmişte uzmanlık alanı değişikliği yaptım.
- A. Evet
 - B. Hayır
10. Önceki soruya cevabınız evet ise önceki uzmanlık alanınız
11. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an uzmanlık alanı değiştirmeyi düşünüyorum.
- A. Evet
 - B. Hayır
12. Dava ve tıbbi uygulama hatası endişesiyle şu an mesleği bırakmayı veya erken emekliliği düşünüyorum.
- A. Evet
 - B. Hayır

Anketimiz Bitmiştir, Katılımınız İçin Teşekkür Ederiz.

Ek 2. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Başhekimliği'nin izin yazısı

Tarih ve Sayı: 21/11/2018-323171



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği



Sayı :80994572-605.01-
Konu :Dr. Kübra GÜLEÇ KALAMAN
(Tez Çalışması)

ADLİ TIP ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi :05/11/2018 tarihli, 309579 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazınız incelenmiş olup, Anabilim Dalınızda görevli Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Kübra GÜLEÇ KALAMAN'ın, "Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki" konulu tezi ile ilgili olarak (Sorumlu Yürütücüsü Prof. Dr. İmdat ELMAS) Fakültemiz Anabilim Dallarında görevli tüm hekimlere (Prof. Doç, Dr. Öğretim Üyesi, Öğr. Gör. Dr. (Uzman) ve Tıpta Uzmanlık Öğrencisi) anket çalışması yapılabilmesi uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Nilgün BOZBUĞA
Başhekim V.

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/eenvision/Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEL9EBNMM>

Ayrıntılı bilgi için lütfen: Ekim BAKKAL TAŞKIN Dahili: 4142000-35018

[İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Çapa/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38 Faks : 0 212 414 20 25/0 212 635 11 93
e-posta : ibubilgi@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Çapa/İSTANBUL

Ek 3. İl Sağlık Müdürlüğü'nün Haseki EAH, Dr. Sadi Konuk EAH ve Okmeydanı EAH'de yapılmasına ilişkin izin yazısı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Tarih ve Sayı: 07/12/2018-111361



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Dr. Kübra GÜLEÇ KALAMAN'ın Tez Çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Daire Başkanlığı)
(İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü 34452 Beyazıt-Fatih/İstanbul)

İlgi : a) 25/10/2018 tarihli ve 71211201-336361 sayılı yazı.
b) 13/11/2018 tarihli ve 62977267-772.99-198 sayılı yazı.
c) 09/11/2018 tarihli ve 89513307-774.99-25708 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız Üniversiteniz İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Kübra GÜLEÇ KALAMAN'ın "Hekimlerde Tükennmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasını, Haseki EAH, Dr. Sadi Konuk EAH, Okmeydanı EAH, Haydarpaşa Numune EAH ve Dr. Lütfi Kırdar EAH'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırmanın Haseki EAH, Dr. Sadi Konuk EAH ve Okmeydanı EAH'nde yapılması Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Şule TUYGUN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

İstanbul
Personel
T.C. Sağlık Bakanlığı
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
07.12.2018

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
11.12.2018
CS-12-2018

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Tıbbi Sekreter
07.12.2018

Ek:
1- Haydarpaşa Numune EAH'nin Görüş Yazısı
2- Dr. Lütfi Kırdar EAH'nin Görüş Yazısı

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34013 Zeytinburnu/İstanbul

Faks No: 0 212 638 33 99

e-Posta: selmin.nazligul@saaglik.gov.tr İnt. Adresi:

selmin.nazligul@beyseglisirkirlik.gov.tr

Eyalet elektronik imza ile varesine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 03968132-actf9-41b1-a378-22962685f9da kodu ile erişilebilir.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Selmin NAZLIGÜL

Unvan: TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0 212 638 33 99

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı:	Kübra GÜLEÇ KALAMAN
Doğum Yeri ve Tarihi:	Antalya-15.06.1988
İlkokul:	General Şadi Çetinkaya İlköğretim Okulu, Antalya (1994-2002)
Lise:	Karatay Lisesi (2002-2006)
Üniversite:	Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi (2006-2012)
Uzmanlık Eğitimi:	İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı (2015-Halen devam ediyor.)
İş Deneyimi:	Tirebolu Toplum Sağlığı Merkezi (Kasım 2012-Temmuz 2013)
Yabancı Dil:	İngilizce
E-posta adresi:	kubraguleckalaman@gmail.com

KATILDIĞI KURSLAR VE EĞİTİMLER:

Maluliyet Bilirkişiliği Kongresi, Adli Tıp Uzmanları Derneği, Ankara, 2018

Maluliyet Raporu Yazımında Zor Vakalar Kursu, Maluliyet Bilirkişiliği Kongresi, Adli Tıp Uzmanları Derneği, Ankara, 2018

Forensic Investigation of Fatal Diving Accidents, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, 2018

Çocuk İstismarı ve İhmalini, Önlemeye Olgularla Yaklaşım Kursu, İ.Ü. Çocuk Koruma, Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü, İstanbul, 2018

15. Adli Bilimler Kongresi, Adli Tıp Uzmanları Derneği, Antalya, 2018

Ateşli Silah Yaralanmalarında Atipik Durumlar Çalıştayı, 15. Adli Bilimler Kongresi, Adli Tıp Uzmanları Derneği, Antalya, 2018

Postmortem Kalp Okulu, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Adli Tıp Uzmanları Derneği, 2018

7. Tıp Hukuku Günleri, Adli Bilimlerde İş Güvenliği ve Özlük Hakları, Adli Tıp Uzmanları Derneği, İstanbul, 2017

İş Yeri Güvenliği Eğitimi, İstanbul Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, 2017

Biyoistatistik Kursu, İstanbul Tıp Fakültesi Uzmanlık Eğitimi ve Eşleştirme Kurulu, İstanbul, 2017

14. Adli Bilimler Kongresi, Adli Tıp Uzmanları Derneği, İzmir, 2017

Deney Hayvanları Kullanım Sertifika Kursu, İstanbul Üniversitesi, Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu, İstanbul, 2016

13. Adli Bilimler Kongresi, Adli Tıp Uzmanları Derneği, Muğla, 2016

İş Yeri Güvenliği Eğitimi, İstanbul Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, 2016

6. Tıp Hukuku Günleri, Yaş Tayini, Adli Tıp Uzmanları Derneği, İstanbul, 2016

Travma ve Resüsitasyon Kursu, Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, 2015

Temel EKG Kursu, İstanbul Tıp Fakültesi Uzmanlık Eğitimi ve Eşleştirme Kurulu, İstanbul, 2015

5.Tıp Hukuku Günleri, Savaş ve Mültecilik, Adli Tıp Uzmanları Derneği, İstanbul, 2015

Felaket Mağdurlarının Kimliklendirilmesi ve Bilirkişilik Kursu, 5.Tıp Hukuku Günleri, Savaş ve Mültecilik, Adli Tıp Uzmanları Derneği, İstanbul, 2015

İş Yeri Güvenliği Eğitimi, İstanbul Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul, 2015

Asistan Uyum Eğitim Programı, İstanbul Tıp Fakültesi Uzmanlık Eğitimi ve Eşleştirme Kurulu, İstanbul, 2015